



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರಿ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆ
ಕಡ್ಡಾಯ ಜೀವ ವಿಮೆ
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರ ವರದಿ



1. ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ರೆಫರೆನ್ಸ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

22230401125289

ಮನವಿದಾರರ ಹೆಸರು:

VITTHAL N HOLI

ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವೆಗೆ ಸೇರಿದ ದಿನಾಂಕ:

31-12-2022

ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ಕಛೇರಿ
TALUK PANCHAYATH, KHANAPUR

ಮನೆಯ ವಿಳಾಸ:

BHAVAKAI GALLI AT POST KAKATI TALUK
BELAGAVI DISTRICT BELAGAVI

ಪಿನ್: 591113

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ: 9341587929

ಈಗಿನ ಹುದ್ದೆಯ ಹೆಸರು:

8407

2. ಮನವಿದಾರರ ಎತ್ತರ: 173 cm

ಮನವಿದಾರರ ತೂಕ: 80 kg

ನಾಡಿ ಮಿಡಿತದ ದರ(ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ): 78bpm

ಉಸಿರಾಟದ ವೇಗ(ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ): 17 term

ರಕ್ತ ಒತ್ತಡ

ಕುಗ್ಗಿದಾಗ

ಹಿಗ್ಗಿದಾಗ

ನಾಡಿ ಒತ್ತಡ

ಸೂಚನೆ

i). 120/80

120

80/mmHg 78bpm

ii).

ವಿ.ಸೂ. ಸಂಕೋಚನಗೊಂಡ ಅಳತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 140 ಎಂ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಜಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ ಅಥವಾ ಹಿಗ್ಗಿದಾಗ ಅಳತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆಯು 90 ಎಂ.ಎಂ.ಹೆಚ್.ಜಿ ಅಥವಾ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದರೆ 5 ನಿಮಿಷಗಳ ನಂತರ ನೆಟ್ಟಗಿನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡನೇ (ರೀಡಿಂಗ್) ಅಳತೆಯನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳತಕ್ಕದ್ದು.

3. ಮನವಿದಾರರಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷಕರು ಉತ್ತರಿಸುವುದು:

ಅ) ಮನವಿದಾರರು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದ್ದರೇ?

ಆ) ಅಪಘಾತಕ್ಕೆ ಈಡಾಗಿದ್ದರೇ?

ಇ) ಅವರು ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಎಲೆಕ್ಟ್ರೋಕಾರ್ಡಿಯೋಗ್ರಾಂ, ಇ.ಇ.ಜಿ, ಕ್ಷಕಿರಣ, ಸಿಟಿ ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಎಂ.ಆರ್.ಐ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಅನೋಚರ ಕಿರಣ ದರ್ಶಕದ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಈ) ಪ್ರಸ್ತುತದಲ್ಲಿ ಅವರು ಯಾವುದಾದರೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದಾರೆಯೇ?

ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ (ಪ್ರಶ್ನೆ ಸಂಖ್ಯೆ 4 ರಿಂದ 15 ರವರೆಗಿನ) ಉತ್ತರ 'ಹೌದು' ಎಂದಿದ್ದರೆ ಪೂರ್ಣ ವಿವರ ಕೊಡಿ(ಆರೋಗ್ಯ ಸುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಬಗ್ಗೆ ಪೂರಕ ದಾಖಲೆಗಳನ್ನು ಅಪ-ಲೋಡ್ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು)

	ಹೌದು ಅಥವಾ ಇಲ್ಲ ಎಂದು ಉತ್ತರಿಸಿ	ಪೂರ್ಣ ವಿವರ
4.ಎದೆ, ಹೃದಯ ಅಥವಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಯಾವುದಾದರೂ ಲಕ್ಷಣ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
5.ಹಲ್ಲು, ಒಸಡು, ನಾಲಿಗೆ, ಕಿವಿ, ಮೂಗು, ಗಂಟಲು ಅಥವಾ ಕಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಚಿಹ್ನೆ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
6.ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಕೊರತೆ ಅಥವಾ ಅಂಗವಿಕಾರವಿದೆಯೇ? ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವು ಸೋರುವಿಕೆ, ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಅಥವಾ ದುಗ್ಗು ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದುವಿಕೆ ಅಥವಾ ಗಾಯದ ಅಥವಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಲೆಗಳಿವೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
7.ಲಿವರ್ ಅಥವಾ ಸ್ಪ್ಲೀನ್ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವ ಯಾವುದಾದರೂ ಗುರುತಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
8.ಹೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಜೀರ್ಣಾಂಗದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಅಸಹಜತೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
9. ಹರ್ನಿಯಾ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	

10. ಜನನಾಂಗ, ಮೂತ್ರಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಹಜತೆ ಹಾಗೂ ಕಾಯಿಲೆ ಏನಾದರೂ ಕಂಡು ಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
11. ನರಪೂರ್ವಕ ಸಂಬಂಧವಿಟ್ಟು ಯಾವುದಾದರೂ ಅನಾರೋಗ್ಯದಿಂದ ಪೀಡಿತರಾಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
12. ಮನವಿದಾರರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸೂಚನೆ ಇದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
13. ಮನವಿದಾರರಲ್ಲಿ ಆಕಸ್ಮಿಕ ಅಥವಾ ಬೇರಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಆದ ಗಾಯದ ಗುರುತಿದೆಯೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
14. ಮನವಿದಾರರ ಆರೋಗ್ಯ ಅಥವಾ ಸ್ವಭಾವದಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಕಂಡುಬರುವುದೇ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	
15. ಈ ಕಾಲಂ ಮಹಿಳಾ ಮನವಿದಾರರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ: ಅ) ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆಯೇ? ಆ) ಗರ್ಭ ಧರಿಸಿದ ಯಾವುದೇ ಸುಳಿವು ಅಥವಾ ಸಂಶಯ ನಿಮಗೆ ಕಂಡುಬಂದಿದೆಯೇ? ಆಗಿದ್ದರೆ ಅವಧಿ ತಿಳಿಸಿ ಇ) ಜೈವಿಕ ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಅಥವಾ ಅಂಡಾಶಯ ಅಥವಾ ಗರ್ಭಕೋಶದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೇನಾದರೂ ಗುರುತಿಸುವಿರಾ?	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓ ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	ಗೋಪ್ಯತೆ
16. ಮನವಿದಾರರ ಜೀವವನ್ನು ಉತ್ತಮವೆಂದು ನೀವು ಪರಿಗಣಿಸುವಿರಾ? ಹಾಗಿದ್ದಿದ್ದರೆ ನಿಮ್ಮ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಸ್ಪಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಿ	ಹೌದು/ಇಲ್ಲ ✓	ಛಾ

ವೈದ್ಯರ ವಿವರಗಳು

ಕೆಜಿಐಡಿ ನಂ. 2270318

ಕೆಎಂಸಿ / ಐಐಎಂಸಿ ಕೋಡ್ 52563

ವೈದ್ಯರ ಹೆಸರು Dr. Sujatha C. Kingi

ಹುದ್ದೆ Medical Officer

ಕಛೇರಿಯ ಹೆಸರು Uphe Mulkyanathi

ಕಛೇರಿಯ ಸ್ಥಳ Uphe Mulkyanathi

ಮನವಿದಾರರು ಮಹಿಳೆಯಾಗಿದ್ದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಪುರುಷರಾಗಿದ್ದರೆ

ಮನವಿದಾರರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಶ್ರೀಮತಿ

ಆದ ನಾನು ಸಹಾಯ

ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ: ಸ್ಥಳ:

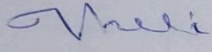
ಸೂಲಗಿತ್ತಿ/ನರ್ಸ್/ದಾದಿಯ ಸಹಿ ಹೆಸರು ಮತ್ತು ವಿಳಾಸ

ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೆ ಸೂಚನೆಗಳು:

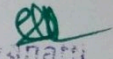
- 1) ಮನವಿದಾರರು 40 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿರುವ ಪಾಲಿಸಿಯ ಕಂತು ರೂ.1000/- ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ವಿಮಾ ಇಲಾಖೆಯ ವಿಶೇಷ ಸೂಚನೆಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮನವಿದಾರರನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು.
- 2) ಮನವಿದಾರರನ್ನೂ ಅವರ ಮಾದರಿ ಸಹಿಯ ಆಧಾರದ ಮೇರೆಗೆ ಖಾತರಿಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಸಂಗ್ರಹಿಸಿ ಸವಿವರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಪೂರ್ಣವಾದ ಸ್ಪಷ್ಟ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ವರದಿಯನ್ನು ಇಲಾಖೆಗೆ ಕಳುಹಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
- 3) ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತಿದ್ದುಪಡಿ ಮಾಡಿದ ಪಕ್ಷದಲ್ಲಿ ಸಹಿಯೊಂದಿಗೆ ದೃಢೀಕರಿಸತಕ್ಕದ್ದು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ವರದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತಾಯಿಯಿಂದ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಬರೆಯತಕ್ಕದ್ದು.

ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರ

ಮನವಿದಾರರನ್ನು ಈ ದಿನ ನಾನೇ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ನನ್ನ ಕೈಬರಹದಲ್ಲಿಯೇ ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಕಾಲಂ 3ರ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮನವಿದಾರರಿಂದ ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ವರದಿ ಮಾಡಿರುವುದಾಗಿಯೂ ಈ ಮೂಲಕ ಪ್ರಮಾಣೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.


ಮನವಿದಾರರ ಸಹಿ
ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ

10/4/20
ವೈದ್ಯಕ ಸರ್ಕಾರಿ ಸೇವಾ ಅವಧಿ
(ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ)


Muttysanath
URBAN PRIMARY HEALTH CENTRE
Tal / Dist: Belagavi-591113
ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೇವಾ ಅವಧಿ
ಮೊಹರು ಮತ್ತು ದಿನಾಂಕ