



नेपाल रेडक्रस सोसाइटी

भरतपुर केन्द्रीय रसञ्चार सेवा

भरतपुर, चितवन, नेपाल

रक्तदाता विवरण

संस्था

मिति :

रक्तदाताले भर्ने

Mr/Ms (In BLOCK LETTERS) :

श्रीमान्/श्रीमती/सुश्री

जन्म मिति/उमेर :

स्थायी ठेगाना

Sangita

फोन न :

05/23/1998

कार्यालय नाम

Thapa

व्यवसाय

ठेगाना :

kanan

रक्तदान गरेको पछिल्लो मिति 98/11/246789

रक्तदान संख्या :

Email :

निम्नलिखित व्यक्तिगत विवरण जानकारी गर्नुहोस्- ☑

उच्च रक्तचाप	<input type="checkbox"/>	मधुमेह (डायाबिटिज)	<input type="checkbox"/>	मृगौला रोग	<input type="checkbox"/>
पूर्व शल्य चिकित्सा	<input type="checkbox"/>	कमलपित (जण्डिस)	<input type="checkbox"/>	छारे रोग	<input type="checkbox"/>
लागु पदार्थको सेवा	<input type="checkbox"/>	टाईफाइड	<input type="checkbox"/>	यौनरोग	<input type="checkbox"/>
महिनावारी भएको कति दिन	<input type="checkbox"/>	क्षयरोग (टीबी)	<input type="checkbox"/>	एच.आई.भी./एड्स	<input type="checkbox"/>
गर्भावस्था	<input type="checkbox"/>	हृदयरोग	<input type="checkbox"/>	विदेश भ्रमणको पछिल्लो मिति	<input type="checkbox"/>
स्तनपान	<input type="checkbox"/>	फोक्सो रोग	<input type="checkbox"/>	सेवन गरिरहेको औषधि (केहि भएमा)	<input type="checkbox"/>
पहिलो रगत दिएको	<input type="checkbox"/>	ट्याटू (Tattoo)	<input type="checkbox"/>	हालै कुनै खोप लिएको	<input type="checkbox"/>

(क) "म स्वेच्छाले रक्तदान गर्न इच्छुक छु"

(ख) "म स्वेच्छिक परामर्श सेवा लिन इच्छुक छु"

(ग) म राष्ट्रव्यापी डोनर डाटाबेसमा समावेश हुन सहमत छु।

(घ) म भविष्यको रक्तदान कार्यक्रमका लागि आमन्त्रित हुन सहमत छु।

अन्य (केहि भएमा)

सोधभर्ना गरिने बिरामीको नाम

रक्तदाता नम्बर

रक्तदाताको सहि

स्वास्थ्य परीक्षकले भर्ने

Weight	B.P	Hb%	Resp.Sys.	C.V .S.	GI System	Other	Fit	unfit	Signature e
--------	-----	-----	-----------	---------	-----------	-------	-----	-------	-------------

प्रयोगशालाले भर्ने

ABO	Rh	Signature e	HIV	HBsAg	HCV	VDRL	Signature e
-----	----	-------------	-----	-------	-----	------	-------------

Digital Partner



Donate Blood, Save a Life