परोपकार प्रसुती तथा स्त्रीरोग अस्पताल

थापाथली, काठमाडौं

पुरा नाम र थर: श्रीमान/श्रीमती/सुश्री;samantha		जन्ममिति: 01-23-1999					
ठेगाना: Kap		जन्मस्थान: व्यवसाय:					
कार्यालय ठेगाना: फोन नम्बर:		पूर्व रक्तदान मितिः पूर्व रक्तदान संख्याः					
पूर्व रोग बारे मलेरिया जिन्डिस टि. वी. हृदय रोग फोक्सोको रोग किङ्नी सम्बन्धी रोग डायवीटीज पूर्व अन्य चिकित्सा पूर्व रक्त (ग्रहण)	स्वास्थ्य परीक्षकले भर्ने रेस्पिरेटरी सिस्टम सी. भी. एस.	(क) निम्नलिखित व्यक्तिहरूलाई रगतको आवश्यकता पर्दा वर्ष दिन मित्र र गतको मीज्यात हुरी सहयोग पु-याजन सिकने छ। बुबा आसा श्रीमान्/श्रीमती कोगरकोरी (क) (ख) (ग) (ख) यस कार्डबाट तल लेखिएको विरामी बाहेक अरुलाई रगत दिन नमिल्ने । विरामीको नम:					
संचार गर्भवती भी. डी. महिनावारी छारे रोग	अरु सिस्टम हरु	जिपमांका नाम: (ग) म राष्ट्राच्या डोनर डाटाबेसमा समावेश हुन सहमत छु। (घ) म यविष्यको रक्तदान कार्यक्रमका लागि आमन्त्रित हुन सहमत छु। 					

1	मिति	ऋ.स.	वतन	रक्तचाप	Нь%	ABO	Rh	VDRL	HBsAg	HIV	प्रा.लि.का. सही
1											
1											
ı											