



Name : _____ Age : _____ yrs Gender : _____
Height : _____ ft Weight : _____ kgs Eyesight: _____ Blood Group: _____

Any distinguishable Mark on body: -

S.N	Questionnaire	Yes	No
1	In the last 15 days, did you have symptoms of, or have you ever been diagnosed with coronavirus disease (COVID-19)? पिछले 15 दिनों में, क्या आपमें कोविड 19 से संबंधित कोई लक्षण थे, या आपको कभी कोरोना वायरस रोग (कोविड 19) हुआ है ?		
2	Have you got the covid 19 vaccine? क्या आपने कोविड 19 का टीका लगा लिया है ?		
3	Do you have any back, neck or joint problems causing difficulty with standing, walking, bending, lifting or stair climbing? क्या आपको पीठ, गर्दन या जोड़ों में कोई समस्या है जिसके कारण खड़े होने, चलने, झुकने, उठाने या सीढ़ी चढ़ने में कठिनाई होती है?		
4	Do you have any impairment, illness, or disability (physical or psychological) which may affect your ability to carry out the role? क्या आपको कोई शारीरिक या मनोवैज्ञानिक दुर्बलता, बीमारी या अक्षमता है, जो आपको अपने कार्य करने की क्षमता को प्रभावित करता है ?		
5	If you are suffering from any of the disease mentioned below select the same, यदि आप नीचे दी गई किसी भी बीमारी से पीड़ित हैं तो उसे चुनें, <input type="checkbox"/> Heart related Disease दिल से संबंधित रोग <input type="checkbox"/> High or low blood pressure उच्च या निम्न रक्तचाप <input type="checkbox"/> Diabetes मधुमेह <input type="checkbox"/> Kidney related disease गुर्दे से संबंधित रोग <input type="checkbox"/> Cancer कैंसर <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) क्षय रोग <input type="checkbox"/> Gynecological or Urological problem स्त्री रोग या उरोलोजि संबंधी समस्या <input type="checkbox"/> Allergic to any drug or chemical substance किसी दवा या रासायनिक पदार्थ से एलर्जी		
6	Do you smoke cigarette/bidi or take tobacco in any form? क्या आप सिगरेट/बीड़ी पीते हैं या किसी भी रूप में तंबाकू का सेवन करते हैं?		
7	Do you drink alcohol? क्या आप शराब पीते हैं?		
8	Are you under medical treatment at present? If yes, please mention. क्या आप वर्तमान में कोई चिकित्सा उपचार ले रहे हैं? यदि हाँ तो कृपया उल्लेख करें।		

Declaration:

By signing this form, I declare that the information I have given is true, correct, and complete.

Date ____/____/____

Signature of Employee