

82V

फार्म सं० 103/जे०पी०एम०ए
Form No. 103/J.P.I.रेडियोथेरेपी { सं०
वर्षRadiotherapy { No.
Year

रेडियोथेरेपी विभाग

DEPARTMENT OF RADIOTHERAPY

लोक नायक जय प्रकाश नारायण अस्पताल, नई दिल्ली
LOK NAYAK JAI PRAKASH NARAIN HOSPITAL, NEW DELHIनाम
Nameआयु
Ageलिंग
Sexडा० के द्वारा भेजा गया
Referred by Dr.सीमांसा
Diagnosisवा० रो० वि० सं०/सी०आर० संख्या
O.P.D. No./C.R. No.वाड व शय्या संख्या
Ward & Bed No.संक्षिप्त क्लीनिकल इतिवृत्त
Brief Clinical Historyशारीरिक परीक्षा
Physical examinationशल्य क्रिया से पहले
Pre-operativeआपरेशन टिप्पणी
OPERATION NOTESयदि शल्य क्रिया की गयी हो
If surgical procedure doneवर्तमान हालत
Present Statusजांच
INVESTIGATIONS :

1. रक्त
Blood
2. बायोप्सी (सं० व रिपोर्ट)
Biopsy (No. & Report)
3. एक्स-रे परीक्षण (सं० व रिपोर्ट)
X-Ray Examinations (No. & Report)

स्पष्ट करें, यदि कोई रेडियोथेरेपी या साइटोटॉक्सिक
औषधि पहले दी गई हो। यदि हां, तो कब ? विस्तारपूर्वक दें।
State whether any previous Radiation therapy
or cytotoxic drugs given. If so, when ? Give details.

तिथि
Dateहस्ताक्षर
Signatureसर्जन/फिजिशियन इंचार्ज
Surgeon/Physician Incharge[क०प०उ०
P.T.O.]