

**ASHUGANJ POWER STATION COMPANY LIMITED**

Document No. SF-OHS-12

Revision No.: 00

FORMS

Effective Date: 14 Mar. 15

TITLE: MEDICAL HISTORY CHECKLIST

Page 1 of 4

MEDICAL HISTORY CHECKLIST

(স্বাস্থ্যগত তথ্য পরীক্ষণ তালিকা)

Particulars of Employee (কর্মকর্তা-কর্মচারীদের বৃত্তান্ত)

1.	Name নাম	
2.	Employee ID No. কর্মকর্তা-কর্মচারীর আইডি নম্বর	
3.	Sex লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> Male (পুরুষ) <input type="checkbox"/> Female (মহিলা)
4.	Date of Birth & Age জন্ম তারিখ ও বয়স	
5.	Blood group রক্তের গ্রুপ	"A" / "B" / "AB" / "O" Positive/Negative
6.	Marital Status বৈবাহিক অবস্থা	<input type="checkbox"/> Married (বিবাহিত) <input type="checkbox"/> Unmarried (অবিবাহিত)
7.	Job title চাকুরীর পদবী	
8.	Circle সার্কেল	Corporate/Operation/Mechanical/Electrical/Project/Finance
9.	Division বিভাগ/ডিভিশন	
10.	Duration of job in APSC (including PDB period). এপিএসসিএল-এ চাকুরীর মেয়াদ (পিডিবি-সহ)	
11.	Mobile No/Phone No মোবাইল নম্বর/ ফোন নম্বর	

BMI (Body Mass index) information (শরীরের ভর-ওজন সূচক তথ্য)

1.	Weight (ওজন) কেজি	
2.	Height (উচ্চতা) মিটার	
3.	বিএমআই সূত্র = (ওজন কেজিতে/উচ্চতা ^২ (মিটার ^২))	(মেডিকেল অফিসার পূরণ করবেন)

Personal Health Information (ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য তথ্য)

Do you have any of the following condition/ disease?

আপনার নিম্নলিখিত কোন অসুবিধা/অসুখ আছে কি?

No. ক্রঃ নং	Topic বিষয়	Yes হ্যাঁ	No না	Description বর্ণনা
1.	Epilepsy/ seizures মৃগী রোগ বা ঝিঁচুনি			
2.	Eye trouble or vision problems চোখের সমস্যা বা দেখতে সমস্যা			
3.	Difficulty in hearing শুনতে সমস্যা			
4.	Asthma হাঁপানি			
5.	Heart problems হৃদরোগ সমস্যা			
6.	High Blood Pressure উচ্চ রক্তচাপ			
7.	Diabetes বহুমূত্র			

8.	High blood cholesterol রক্তে উচ্চমাত্রায় চর্বি			
9.	Kidney problem বৃক্ক (কিডনী) সমস্যা			
10.	Liver disease / jaundice যকৃত (লিভার) সমস্যা বা জন্ডিস			
11.	Blood transfusion রক্ত পরিসঞ্চালন			
12.	Frequent or severe back pain ঘনঘন বা মাত্রাতিরিক্ত কোমর ব্যাথা			
13.	Severe joint pain/ deformity অস্থি সন্ধি (জয়েন্ট) ব্যাথা বা বিকৃতি			
14.	Depression/ mental breakdown মানসিক বিষন্নতা			
15.	List of any operation অস্ত্রোপচারের তালিকা			
16.	Any admission to hospital কখনো হাসপাতালে ভর্তির তথ্য			
17.	Have been absent from work for more than 1 month for any illness অসুস্থতা জনিত কারণে কখনো এক মাসের অধিক সময় ছুটি গ্রহন করা হয়েছে কিনা?			
18.	Any regular medication (with details) নিয়মিত কোন ঔষধ সেবন করে থাকলে (বিস্তারিত বর্ণনা)			
19.	Vaccination (any of following) টিকা গ্রহন করে থাকলে (নিচের গুলি থেকে)			
	Hepatitis B হেপাটাইটিস-বি			
	Tetanus টিটেনাস			
	MMR (for female only) এমএমআর (শুধুমাত্র মহিলাদের জন্য)			
20.	Do you smoke or take Betel leaf? (If yes, Please specify duration & per day consumption) আপনি কি ধূমপান / পান পাতা সেবন করেন? (সেবন করলে কত সময় এবং দৈনিক কত বার)			

Family Health (Information about father/mother/children/brother/sister)

পারিবারিক স্বাস্থ্য তথ্য (পিতা/মাতা/সন্তান/ভাই/বোন-এর তথ্য)

Do any of your family members have: আপনার পরিবারের কোন সদস্যের নিচের কোন সমস্যা আছে কিনা?		Yes হ্যাঁ	No না	Description বর্ণনা
1.	Diabetes বহুমূত্র			
2.	High Blood Pressure উচ্চ রক্তচাপ			
3.	Asthma হাঁপানি			
4.	Epilepsy/ seizures মৃগী রোগ বা ঝিঁচুনি			
5.	Mental problems মানসিক সমস্যা			
6.	Thalassemia থেলাসেমিয়া (রক্ত রোগ)			

**Occupational Health Information** (পেশাগত স্বাস্থ্য তথ্য)

No. ক্রঃ নং	Topic বিষয়	Yes হ্যাঁ	No না	Description বর্ণনা
1.	Do you feel pain in any part of your body due to your current job? আপনার বর্তমান কাজের জন্য শরীরের কোন অংশে ব্যাথা অনুভব করেন কিনা?			
2.	Do you have back pain? আপনার কোমড় ব্যাথা আছে কিনা?			
3.	Do you have hypertension; developed after joining your current job? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর উচ্চ রক্তচাপ হয়েছে কিনা?			
4.	Do you have diabetes; developed after joining your current job? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর বহুমূত্র রোগ হয়েছে কিনা?			
5.	Do you have hearing problem; developed after joining your current job? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর কানে শুনতে সমস্যা হয়েছে কিনা?			
6.	Do you have eye problem; developed after joining your current job? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর চোঁখে সমস্যা হয়েছে কিনা?			
7.	Do you feel excessive mental pressure or mental irritation due to your current job? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর অত্যধিক মানসিক চাপ/মানসিক সমস্যা হয়েছে কিনা?			
8.	Do you have headache; developed after joining your current job? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর মাথা ব্যাথা হয়েছে কিনা?			
9.	Do you have any skin problem or allergy to any product you work with? আপনার বর্তমান কাজে যোগদান করার পর চর্ম রোগ বা এলার্জি সমস্যা হয়েছে কিনা?			
10.	Did you face any accident during your work which kept you away from your work for more than 1 day? কাজের সময় আপনার এমন কোন দুর্ঘটনা ঘটেছে কিনা যার ফলে আপনি একদিনের অধিক কাজ করতে পারেননি?			
11.	Do you experience any other health problems related to your work? আপনার বর্তমান কাজের জন্য অন্যকোন স্বাস্থ্যগত সমস্যা হচ্ছে কিনা?			

	ASHUGANJ POWER STATION COMPANY LIMITED	Revision No.: 00
	FORMS	Effective Date: 14 Mar. 15
	TITLE: MEDICAL HISTORY CHECKLIST	Page 4 of 4

I declare that to the best of my knowledge the above information is correct and complete.

আমি ঘোষণা করছি যে, আমার জানামতে উল্লিখিত সকল তথ্য সঠিক এবং সম্পূর্ণ।

Signature of Employee
এমপ্লয়ীর স্বাক্ষর

Remarks:
মন্তব্য

Signature of Sr. Medical Officer/
Medical Officer
সিনিয়র মেডিক্যাল অফিসার /
মেডিক্যাল অফিসার-এর স্বাক্ষর