

Government of the People's Republic of Bangladesh
Ministry of Health and Family Welfare
(Official seal/logo)

Serial no.:

Reference:

Date:

Name:

Age:

Sex:

Religion:

Father's/ Spouse's/Guardian's name:

Address:

--

Date and Time of Arrival:

Identified by (Name and Address):

Identification Marks: 1)

2)

Date and Time of Admission in the Hospital:

Date, Time, and place of Examination:

Consent for physical examination/(শারীরিক পরীক্ষার অনুমতি):

আমি/ আমার রোগীকে বয়স পিতা

ঠিকানা সজানে বুঝিয়া শারীরিক আঘাতের সঠিক বিবরন

লিপিবদ্ধ করার জন্য চিকিৎসক দ্বারা আমার শারীরিক পরীক্ষার জন্য অনুমতি প্রদান করছি।

নামঃ

স্বাক্ষর/টিপসইঃ

স্বাক্ষীর নামঃ

স্বাক্ষর/টিপসইঃ

Brief History:

List of the injuries:

Sl/ No.	Type of Injury	Site of injury (in relation to anatomical landmark)	Description of wound	Measurement of the injury	Probable age of the injury	Nature of injury	Type of weapon	Remarks/ investigation and procedure
								-Whether X-rayed or other investigations done, -Discharged after first aid treatment or admitted under observation or referred for further reports or management into higher facilities -Any relevant information -Please mention the patient discharged or referred.

Opinion:

Date:

Signature and seal of examining Doctor:

BMDC Reg No.:
BCS code: