



Directorate General of Health Services
Mohakhali, Dhaka – 1212.

Patient Referral Form

Form A
ফর্ম-ক

Date & Time : তারিখ ও সময়	Facility Type : হাসপাতালের ধরন	Govt. সরকারী	Private বেসরকারী	Emergency ইমার্জেন্সী	Routine রুটিন	Reg. No. রেজি: নং
Referring Hospital : যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে				Department : ডিপার্টমেন্ট		
Referral Hospital : যেখানে রেফার করা হয়েছে				Department : ডিপার্টমেন্ট		
Name of the referred Patient : রেফারকৃত রোগীর নাম				Mobile Number: <input type="text"/> মোবাইল নম্বর <input type="text"/>		
Age/বয়স : Date of Birth : জন্ম তারিখ	Sex : লিঙ্গ	Male পুরুষ	Female মহিলা	Others অন্যান্য	NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) : <input type="text"/> Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) : <input type="text"/> Health ID (হেলথ আইডি) : <input type="text"/>	
Symptoms and Signs : লক্ষণ ও উপসর্গ						
Examination findings : পরীক্ষার ফলাফল						
Investigations with results : ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল						
Provisional/Confirmatory Diagnosis : সম্ভাব্য/নিশ্চিত রোগ					ICD Code 10 : আইসিডি কোড	
Treatment given : প্রদানকৃত চিকিৎসা						
Known hypersensitivity : হাইপার সেনসিটিভ ঔষধসমূহ						
Reason for Referral : রেফার করার কারণ						
Advice for the Patient : রোগীর জন্য উপদেশ						
Comment : মন্তব্য						

Contact number of the Referring Hospital
রেফারেল হাসপাতালের মোবাইল নম্বর

Signature, name, code & BMDC reg. of referring physician, Seal
রেফারকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর, নাম, কোড, বিএমডিসি রেজিঃ ও সীল



Directorate General of Health Services
Mohakhali, Dhaka – 1212.

Patient Referral Form

Form B
ফর্ম-খ

Date & Time :

তারিখ ও সময়

Emergency

ইমার্জেন্সী

Routine

রুটিন

Reg. No.

রেজি: নং

Referring Hospital :

যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Referral Hospital/Health Centre :

যেখানে রেফার করা হয়েছে

Name of the referred Patient :

রেফারকৃত রোগীর নাম

Mobile number :

মোবাইল নম্বর :

Age/বয়স :

Date of Birth :

জন্ম তারিখ

Sex : Male Female Others

লিঙ্গ পুরুষ মহিলা অন্যান্য

NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) :

Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) :

Health ID (হেলথ আইডি) :

Confirmatory diagnosis :

নিশ্চিত রোগের নাম

ICD Code 10 :

আইসিডি কোড ১০

Investigations with results :

পরীক্ষা নিরীক্ষার ফলাফল

Future Plan :

পরবর্তী চিকিৎসা এবং ব্যবস্থাপনা
পরিকল্পনা

Instruction for the referred
Hospital/ health center :

রেফারেল হাসপাতাল/
স্বাস্থ্য কেন্দ্রের জন্য নির্দেশনা

Advice for the Patient :

রোগীর জন্য উপদেশ

Comment :

মন্তব্য

Contact number of the Referring Hospital

রেফারেল হাসপাতালের মোবাইল নম্বর

Signature, name, code & BMDC reg. of referring physician, Seal

রেফারকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর, নাম, কোড, বিএমডিসি রেজিঃ ও সীল



সমান্তরাল রেফারেল

Directorate General of Health Services
Mohakhali, Dhaka – 1212.

Patient Referral Form

Form C
ফর্ম-গ

Date & Time :

তারিখ ও সময়

Emergency

ইমার্জেন্সী

Routine

রুটিন

Reg. No.

রেজি: নং

Referring Hospital :

যেখান থেকে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Referral Hospital :

যেখানে রেফার করা হয়েছে

Department :

ডিপার্টমেন্ট

Name of the referred Patient :

রেফারকৃত রোগীর নাম

Mobile number :

মোবাইল নম্বর

Age/বয়স :

Date of Birth :

জন্ম তারিখ

Sex :

Male

Female

Others

লিঙ্গ

পুরুষ

মহিলা

অন্যান্য

NID (জাতীয় পরিচয়পত্র) :

Birth Reg. (জন্ম নিবন্ধন) :

Health ID (হেলথ আইডি) :

Symptoms and Signs :

লক্ষণ ও উপসর্গ

Examination findings :

পরীক্ষার ফলাফল

Investigations with results :

ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল

Provisional/Confirmatory Diagnosis :

সম্ভাব্য/নিশ্চিত রোগ

ICD Code 10 :

আইসিডি কোড ১০

Treatment given :

প্রদানকৃত চিকিৎসা

Known hypersensitivity :

হাইপার সেনসিটিভি উষধসমূহ

Reason for Referral :

রেফার করার কারণ

Advice for the Patient :

রোগীর জন্য উপদেশ

Comment :

মন্তব্য

Contact number of the Referring Hospital

রেফারেল হাসপাতালের মোবাইল নম্বর

Signature, name, code & BMDC reg. of referring physician, Seal

রেফারকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর, নাম, কোড, বিএমডিসি রেজিঃ ও সীল

জরুরী প্রয়োজনে কল করুন: ০১৭২৯০৫০২২২