



अनुसूची-९

(नियम २० को उपनियम (२) सँग सम्बन्धित)

प्रेषण पूर्जा

रिफरल नं:

मिति:

श्री.....

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका बीमितलाई त्यस स्वास्थ्य संस्था/अस्पतालसँग भएको सहमती बमोजिम स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराई दिनहुन अनुरोध गरिन्छ।

बिरामीको विवरण

बीमा नं:

बिरामीको नाम:.....

उमेर:

Chief Complaints:

Clinical Findings

BP

Pulse

Temperature

Respiration

Others, please specify

Provisional Diagnosis:

Treatment Given:

Reason for Referral:

Referred by:

Dr's Name: Council No: Institution

Signature:

Follow up/Advice: