

Call Up No :

HEALTH DECLARATION AND EXAMINATION FORM

OFFICER CADETS



**GENERAL SIR JOHN KOTELAWALA DEFENCE UNIVERSITY
RATMALANA**

- 1 கைபை I - இலங்கையின் பிரகடனம்
 Part I - Declaration by the Candidate
 பாகம் I - விண்ணப்பதாரியினால் வெளிப்படுத்தப்படவேண்டும்

නම Name தலைப்ப தலைப்ப	මහතා Mr திரு	මහවිය Ms திருமதி
මුල් නම First Name (s) முதல் பெயர்		
වෙනත් නම Middle Name மத்திய பெயர்		
වාස නම Surname குடும்பப் பெயர்		

උපන් දිනය Date of Birth பிறந்த திகதி	d	d	m	m	y	y	y	y
--	---	---	---	---	---	---	---	---

බඳවාගත් දිනයට වයස Age as at date of enlistment ஆள்சேர்ப்பு வழங்கப்பட்ட திகதி	d	d	m	m	y	y	y	y
--	---	---	---	---	---	---	---	---

ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය Gender பால்	පුරුෂ Male ஆண்		ස්ත්‍රී Female பெண்	
--------------------------------------	----------------------	--	---------------------------	--

ලිපිනය : Postal Address : தபால் முகவரி :	
තැපැල් සංකේතය : Post Code : இடுகைகள் குறியீடு :	

දුරකථන (නිවස) : Telephone (Home) : தொலைபேசி (முகப்பு) :										
දුරකථන (සංගම) : Telephone (Mobile): தொலைபேசி (முகப்பு) :										

ඊ මේල් : E-mail : மின்னஞ்சல் :	
--------------------------------------	--

හඳුනාගැනීමේ ක්‍රමය Mode of Identification அடையாள முறை												
ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය National Identity Card தேசிய அடையாள அட்டை												
විදේශ ගමන් බලපත්‍රය Passport கடவுச்சீட்டு												

සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය තත්වය General Health பொதுவான உடனலம்				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
1	1.1	ආසාත්මිකතාවයන් Any known allergies அறியப்பட்ட ஏதேனும் ஒவ்வாமைகள்		
	1.2	මෞනික සඳහා ආසාත්මිකතාවයන් Allergies to any medication/ drug ஏதாவது மருந்து அல்லது சிசிச்சை முறை ஒவ்வாமை		
	1.3	වර්ම රෝග (උදා : රක්තවාතය) Dermatitis, eczema or any skin problems தோல் சம்பந்தமான நோய்கள் (சிரங்கு முதலியன)		
	1.4	ගෞත ගැසීම ඇතුළු අනෙකුත් කපා කිරීමේ අපහසුතා Stutter or Stammer மந்தநா திக்குவாய் போன்ற பேச்சு குறைபாடுகள்		
	1.5	දියවැඩියාව Diabetes mellitus நீரிழிவு		
	1.6	කොලෙස්ටරෝල් සහ අධිරුධිර පීඩනය Hyper lipidemia / hypercholesterolemia/Hypertension கொலஸ்தரோல் மற்றும் உயர் குருதியழுக்கம்		
	1.7	රක්තනිතතාවය, තලුසීමියාව අනෙකුත් ලේ ආශ්‍රිත රෝග තත්වයන් Blood disorders including anemia and thalasemia குருதிச்சோகை, தலிசீமியா உட்பட குருதி சம்பந்தமான நோய்கள்		
	1.8	ගලගණ්ඩය ඇතුළු අන්තරාසනී පද්ධතිය ආශ්‍රිත රෝග තත්වයන් Thyroid Diseases or any other endocrine disorders அல்லது ஏனைய ஏதாவது நாளமற்ற சுரப்பி நோய்கள்		
	1.9	මස්පිඩු පෙරලීම් Frequent muscle cramps தொடர் தசைப்பிடிப்பு		
	1.10	හර්නියා රෝග තත්වයන් Hernia குடல் இறக்கம்		
	1.11	සමාජ රෝග Sexually transmitted diseases பாலியல் சம்பந்தமான நோய்கள்		
	1.12	ඒඩ්ස් HIV / AIDS எய்ட්ස්		
	1.13	අසාමාන්‍ය අස්ඵ / මස්පිඩු වැඩිම්, පිලිකා රෝග තත්වයන් Tumor, abnormal growths, cysts, cancers or cancer therapy கட்டிகள், அசாதாரண உள்வளர்ச்சிகள், நீர்க்கட்டிகள், புற்றுநோய்கள்		

පවුල් සෞඛ්‍ය තත්වය Family History குடும்ப சுகாதார நிலை				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
2	2.1	මානසික රෝග Psychiatric illness மனநோய்கள்		
	2.2	කෂය රෝගය Tuberculosis (TB) காச நோய்		
	2.3	අධිරුධිර පීඩනය Hypertension (HPT) உயர் குருதியழுக்கம்		
	2.4	අසාමාන්‍ය රුධිර වහනය වීම් Bleeding disorders குருதிப்பெருக்கு நோய்கள்		
	2.5	සම්බන්ධ පටක ආශ්‍රිත රෝග Connective tissue disorders தொடுப்பு இழையம் சார்ந்த நோய்கள்		
	2.6	ඇස්තුම Asthma ஆஸ்துமா / ஈனழ		

2.7	ரத்தநிலைமை அளவு அனைத்துமே லே அளவு ரத்த Blood disorders including anemia குருதிச்சோகை உட்பட குருதி சம்பந்தமான நோய்கள்		
2.8	ஐசல்டியூஸ் Diabetes Mellitus (DM) நீரிழிவு		
2.9	ஹார்ட் ரோடு Heart Diseases இருதய நோய்கள்		
2.10	அஸ்திமாவை அளவு அனைத்துமே ஸ்ட்ரோக் அளவு Stroke (Cerebrovascular Accidents (CVA)) பக்கவாதம் உட்பட மயிர்துளைக்குழாய் அடைப்பு		

ஹார்ட் ஸிஸ்டம் பட்டியல் Cardiovascular system குருதிச்சுற்றோட்டத் தொகுதி			
		ஔ Yes ஆம்	ந No இல்லை
3	3.1	ரூமாதிக் லீ Rheumatic fever மூட்டுவாதக் காய்ச்சல்	
	3.2	லீலிவன் ஹார்ட் ஸ்ட்ரோக் Palpitation or pounding heart இருதய படபடப்பு	
	3.3	நினைவற்ற ஹார்ட் ரோடு Congenital heart diseases பிறவி இருதய நோய்கள்	
	3.4	அடி ஹை அடி லூ லூ லூ High or low blood pressure உயர் அல்லது தாழ் இரத்தழுத்தம்	

ஸ்ட்ரீஸ்ட் பட்டியல் Respiratory System சுவாசத் தொகுதி			
		ஔ Yes ஆம்	ந No இல்லை
4	4.1	லீலிவன் Allergic Rhinitis / Cold ஓவ்வாமை பீனிசம், சளி	
	4.2	அஸ்திமாவை Asthma ஆஸ்திமா / ஈனழ	
	4.3	லீலிவன் லூ லூ லூ Shortness of breathing (Difficult in breathing) மூச்செடுத்தல் (சுவாசித்தல்) அசெளகரியம்/	
	4.4	லீலிவன் லூ லூ லூ Blood in sputum or when coughing இருமும் போது சளியுடன் குருதி வருதல் ப்	
	4.5	லீலிவன் லூ லூ லூ Contact with a known person with TB காச நோயாளருடன் தொடர்பு	
	4.6	லீலிவன் லூ லூ லூ Tuberculosis (TB) காச நோய்	
	4.7	லீலிவன் லூ லூ லூ Chronic lung disease (Including Emphysema and Chronic Bronchitis, Bronchiectasis, COAD or COPD Cystic Fibrosis) நுரையீரல் அழற்சி, நீண்டகால பீனிசம், மூச்சுக்குழாய் அழற்சி உட்பட நாட்பட்ட நுரையீரல் நோய்கள்	

ස්නායු පද්ධතිය / මානසික ඒකාග්‍රතාවය Nervous System/ Menial Stability நரம்புத் தொகுதி / உளவியல் நிலைப்பாடு				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
5	5.1	ක්ලාන්තය, කරකැවිලිල නිතර ඇතිවීම Recurrent fainting, dizziness or blackout அடிக்கடி மயக்கம் அல்லது தலைசுற்றுதல் ஏற்படல்		
	5.2	වලිප්පුව Epilepsy, fits, or seizures காக்கை வலிப்பு, வலிப்பு		
	5.3	දීර්ඝ කාලීන හෝ නිතර මතු වන හිසේ කැක්කුම Frequent or sever headache தொடர் அல்லது கடின தலைவலி		
	5.4	ඉරුවාරදය Migraine ஒற்றைத்தலைவலி		
	5.5	අමතකවීම් හා සිහි නැතිවීම් Loss of memory / amentia நினைவிழத்தல் / ஞாபகமறதி		
	5.6	නිදාගැනීමේ අපහසුතා Difficulty in falling asleep தாக்கமின்மை		
	5.7	නින්දෙන් ඇවිදීම Sleep walking தாக்கத்தில் நடத்தல்		
	5.8	හිසට හෝ මොළයට සිදුවූණු අනතුරු Any significant head injuries தலையில் ஏற்பட்ட ஏதாவது அறியப்பட்ட காயங்கள்		
	5.9	අංශාගාය (ලදරු අවධියේදී හෝ) Paralysis (including infantile) பக்கவாதம் (குழந்தைப் பருவம் உட்பட)		
	5.10	පූර්ව කලහකාරී හැසිරීම් Previous aggressive behaviors முன்னைய (திடீர் கோப) அசாதாரண நடத்தைகள்		
	5.11	මානසික ආතතිය හෝ දැඩිලෙස කම්පා වීම Depression or excessive worry விரக்தி அல்லது அத்தீத கவலை		

ආහාර ජීර්ණ පද්ධතිය Digestive (gastro intestinal) system சமிபாட்டுத் தொகுதி				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
6	6.1	දන් හා විදුරුමස් රෝග Server tooth or gum disorders பற்கள் மற்றும் முரசுகள் சார்ந்த நோய்கள்		
	6.2	ආමාශගත රෝග (උදා : ගැස්ට්‍රයිටිස්) Stomach disorders, gastritis இரைப்பை நோய்கள், இரைப்பை அழற்சி		
	6.3	නිතර ඇතිවන උදරයේ අපහසුතා සහ බඩ පුරවා දැමීම Frequent indigestion அடிக்கடி உணவு சமிபாட்டின்மை		
	6.4	ඇඟ කහ වීම හෝ සෙංගමාලය Jaundice or hepatitis மஞ்சள் காமாலை அல்லது ஈரலழற்சி		
	6.5	නිධන් ගත අක්මාව හා පිත්තාශය ආශ්‍රිත රෝග Chronic liver or gallbladder disorders including gallstones நாட்பட்ட ஈரல் மற்றும் (பித்தப்பை உட்பட) பித்தப்பை நோய்கள்		
	6.6	ගුද මාර්ගය ආශ්‍රිත රෝග Painful anal conditions கழியறை சார்ந்த நோய்கள்		
	6.7	මලබද්ධය සහ අධෝමුඛයෙන් සිදුවන ලේ වහනය වීම Hemorrhoids and bleeding per rectum மூல வியாதி மற்றும் மலக்குடல் இரத்தக்கசிவு		

மொது லிங்க படிமகிச Genito-Urinary system இனப்பெருக்க - சிறுநீர் தொகுதி				
		ஔ Yes ஆம்	ந No இல்லை	
7	7.1	இது கிர்மே அபஔகா Difficult in passing urine சிறுநீர் கழித்தல் அசௌகரியம்		
	7.2	இது ஔமல லே பிபிம Blood in urine சிறுநீருடன் குருதி வெளியேறுதல்		
	7.3	இது மலே Kidney stones சிறுநீரகக் கல்		

பேகிம Vision பார்வை				
		ஔ Yes ஆம்	ந No இல்லை	
8	8.1	Any eye surgery அஔ அாஔக மலகர்ம கண் சம்பந்தமான ஏதாவது அறுவைச்சிகிச்சை		
	8.2	Impaired vision in either eye ஔ அஔக ஔ பேகிம டர்வல ஔ ஒரு கண்ணிலேஔும் பார்வைக் கோளாறு		
	8.3	Wear corrective lenses காகிம அஔகாவ பலேதீன்னே? செயற்கை வில்லை அணிகின்றீரா		
	8.4	வபர் ஔ ஔ டீவீவ் பேகிமக் ஔக ஔ Squints or double vision பக்கவாட்டுப் பார்வை அல்லது இரட்டைப் பார்வை		

கண், நாஔய ஔ லுர் ENT (Ear, Nose and Throat) காது, மூக்கு மற்றும் தொண்டை				
		ஔ Yes ஆம்	ந No இல்லை	
9	9.1	ஔலாஔாஔ லபகர்ஔ ப்லேம Wear a hearing aid கேள்வி ஁பகரணம் பயன்படுத்துபவரா		
	9.2	நிநர் அஔகிவன கர்ஔ அாஔாஔ Recurrent ear infection அடிக்கடி காது தொற்றுநோய்கள்		
	9.3	ஔ கண்ஔ ஔ அஔ அஔமே அஔவ Hearing impairment of either ear ஏதாவது ஒரு காதிலேஔும் கேள்வித்திறன் பாதிப்பு		
	9.4	நிஔன் ஔ ஔகிஔ கஔர் லர்ஔ Chronic sinus infection (sinusitis) நீண்டகால பீனிசம் நோய்		

அஔபி ஔ மஔஔபேஔ படிமகிச Musculoskeletal system வன் கூட்டுத்தசைத் தொகுதி				
		ஔ Yes ஆம்	ந No இல்லை	
10	10.1	ஔஔஔ ஔ லேஔா ஔக ஔஔ Swollen or painful joints மூட்டுவீக்கம் மற்றும் மூட்டுவலி		
	10.2	அாநர்ஔிஔிஔ ஔ லர்ஔக லர்ஔ Arthritis, rheumatism or bursitis மூட்டுவாதம் அல்லது மூட்டுச்சவ்வு வீக்கம்		
	10.3	பாஔஔநி அஔ அஔஔஔஔ Any foot deformities ஏதாவது பாதம் சார் ஁னங்கள்		
	10.4	அஔபி ஔ ஔஔ ல ஔஔஔஔஔ Bone, joint or other deformity என்புமூட்டு வலி அல்லது அதுசார்ந்த ஁னம்		

10.5	අස්ථි බිඳීම් හෝ හගින Broken bones (any fracture) என்பு முறிவுகள்		
10.6	කෘතීම උපකරණ ආධාරයෙන් සවිකල අස්ථි Pin, plates rod or any other internal fixators செயற்கை உபகரணங்களின் ஆதரவுடன் இணைக்கப்பட்ட என்புகள்		
10.7	උරහිස් හන්දිය හගින වීම් Recurrent shoulder dislocation அடிக்கடி தோற்பட்டை மூட்டுவிலகல்		
10.8	උරහිස් හා වැලඹීම් හන්දිවල වෙනත් දීර්ඝ කාලීන ආබාධ Painful or "trick" shoulder or elbow முழங்கை அல்லது தோற்பட்டை வலி		
10.9	දණහිස් අස්ථියේ හගින වීම් Patella dislocation முழங்கால் மூட்டுச்சில்லு விலகல்		
10.10	දණහිස් හන්දියේ වෙනත් දීර්ඝ කාලීන ආබාධ Trick or locked knee முழங்கால் மூட்டு இறுக்கம்		
10.11	වළලුකර හගින වීම් හෝ වෙනත් දීර්ඝ කාලීන ආබාධ Any ankle injury or chronic sprains / strains ஏதாவது மூட்டுக் காயங்கள் அல்லது நாட்பட்ட சுளுக்கு / மூட்டியுளை		
10.12	දීර්ඝ කාලීන කොන්දේ පවතින ආබාධ Recurrent back pain or any back injury அடிக்கடி முதுகுவலி அல்லது முதுகு உபாதை		

<p>වැඩි විස්තර සැපයීම සඳහා පහත වගුව උපකාරී කර ගන්න</p> <p>If you have to produce more details please provide them below</p> <p>மேலதிக தகவல்களை வழங்குவதற்காக கீழுள்ள அட்டவணையை பயன்படுத்தவும்</p>	
අංකය Number (Section and subsection) இலக்கம்	විස්තරය Details விபரம்

<p>ඔබ පහත රෝග හෝ ආබාධ වලින් පෙළෙන්නෙක්ද? එසේනම් පහතින් දක්වා ඇති වගුවේ පිළිතුරු සපයන්න</p> <p>Do you have any medical condition that : (If you have answered 'Yes', please provide details below)</p> <p>நீங்கள் கீழுள்ள நோய்கள் அல்லது உபாதைகள் ஏதனாலாவது பாதிக்கப்பட்டுள்ளவராயின், ('ஆம்' எனில்) கீழே தரப்பட்டுள்ள அட்டவணையின் மூலம் விடை தரவும்</p>						
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை
11	<p>11.1 කායික සුවතාවය සඳහා බාධක තිබේද? (දිවීමට, සමබරතාවය රැක ගැනීමට, නැවීමට බර එසවීමට) Affects your physical ability i.e. stamina, walking, running, balance, bending, kneeling, lifting etc? நீங்கள் உடல் ரீதியிலாக (உடற்சகிப்புத் தன்மை, நடத்தல், ஓடுதல், சமனிலை, குனிதல், முழங்காலில் இருத்தல், தூக்குதல் போன்ற) இயலாமையினைக் கொண்டுள்ளீரா?</p>			11.4 මානසික සමබරතාවයේ වෙනසක් තිබේද ? May impair your consciousness, make you black out, lose concentration or become, confused or disoriented? Causes depression, anxiety, panic attacks, mood swings, anger etc? தங்களின் விரக்தி, பதற்றம், பயம், மனநிலை மாற்றம், கோபம் என்பன காரணமாக சுயநினைவு பாதிப்புக்கள், தலை சுற்றுதல், அவதானம் இழத்தல், குழப்பமடைதல் அல்லது நிலைதடுமாற்றம் போன்ற மாறுதல் ஏற்படுமா?		

11.2	<p>ශ්‍රවණ ආබාධ තිබේද? Affects your hearing in any way? தங்களுக்கு கேள்வித்திறன் பாதிப்புக்கள் உள்ளனவா?</p>			11.5	<p>දෘශ්‍ය ආබාධ තිබේද ? Affects your eyesight in any way? தங்களுக்கு எவ்வகையிலாவது பார்வை கோளாறு உள்ளதா?</p>		
11.3	<p>ඔබට තද ක්ලාන්ත ගතියක් හෝ හිස කැරකැවීමේ හෝ සිහිමද ගතියක් තිබේද? Causes excessive drowsiness? தங்களுக்கு அதிகமான களைப்பு நிலை உண்டாகுமா?</p>			11.6	<p>ශරීරයේ මොනසම් කොටසක තදබල වේදනාවක් තිබේද? Causes severe pain? தங்களுக்கு கடுமையான உடல் வலி ஏதாவது உள்ளதா?</p>		
<p>විස්තර Comments விபரம்</p>							

		<p>ස්ත්‍රීන් සඳහා පමණයි Only for females பெண்களுக்கு மட்டும்</p>					
12	12.1	<p>අවසන් ඔසප් වීමේ දිනය Last menstrual date (dd/mm/yyyy) இறுதியாக மாதவிடாய் ஏற்பட்ட திகதி</p>					
	12.2	<p>කුමානුකූල ඔසප් චක්‍රය Regular cycles வழமையான மாதவிடாய் சக்கரம்</p>	<p>ඔව් Yes ஆம்</p>			<p>නැත No இல்லை</p>	
	12.3	<p>වෙනත් ස්ත්‍රී ලිංග පද්ධතිය ආශ්‍රිත රෝග Any other gynecological problem பெண்ணியல் சார்ந்த வேறு ஏதும் பிரச்சினைகள்</p>	<p>ඔව් Yes ஆம்</p>			<p>නැත No இல்லை</p>	

13	<p>ඔබ දැනට කිසියම් හෝ ඖෂධ වර්ගයක් භාවිත කරන්නේද ? Are you taking medication currently (If 'yes', Please provide details) தாங்கள் ஏதாவது மருந்தினை தற்போது பயன்படுத்துகிறீரா? ('ஆம்' எனில் விபரங்களை தரவும்).</p>		<p>ඔව් Yes ஆம்</p>		<p>නැත No இல்லை</p>	
		<p>රෝගී තත්වය Condition நோய் அறிஞறிகள்</p>		<p>ඖෂධ වර්ගය Medications சிகிச்சை</p>	<p>කාලය (මාස) Duration (in months) காலப்பகுதி (மாதங்களில்)</p>	
	13.1					
	13.2					
	13.3					
	13.4					
13.5						
14	<p>ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍ය කර්මයකට භාජනය වී තිබේද ? Have you undergone any surgery including herniotomy, circumcission etc. தாங்கள் எப்போதாவது குடல் இறக்க நீக்கம், விருத்தசேதனம் போன்ற ஏதேனும் அறுவைசிகிச்சைக்கு உள்ளானவரா?</p>		<p>ඔව් Yes ஆம்</p>		<p>නැත No இல்லை</p>	
		<p>රෝගී තත්වය Condition நிலைமை</p>		<p>ශල්‍ය කර්මය සිදු කල දිනය Date of Surgery (d/m/y) அறுவைசிகிச்சை செய்த தினம்</p>		
	14.1					
	14.2					
	14.3					
	14.4					
14.5						

18	දුම්බීම Smoking புகைபிடித்தல்	ඔව් Yes ஆம்		නැත No இல்லை		විශේෂ අවස්ථාවලදී පමණක් Social (Occasionally) விருந்துகளில் (எப்போதாவது)	
	ඔව් නම් If yes ஆம் எனில்	காலය (මාස) Duration (Months) காலகுதி				දිනකට දුම්වැටි Number per Day ஒரு நாளுக்கான எண்ணிக்கை	

19	මත්පැන් පානය Alcohol மதுசாரம்	ඔව් Yes ஆம்		නැත No இல்லை		විශේෂ අවස්ථාවලදී පමණක් Social (Occasionally) விருந்துகளில் (எப்போதாவது)	
	ඔව් නම් If yes ஆம் எனில்	காலය (මාස) Duration (Months) காலப்பகுதி				දිනකට මිලිලීටර් ml per Day ஒரு நாளுக்கான அளவு	

20	වෙනත් මත්ද්‍රව්‍ය භාවිතය Other addictive drugs பிற பொழுதுபோக்கான போதைப்பொருட்கள்	ඔව් Yes ஆம்		නැත No இல்லை			

සියළුම කොටස් සඳහා පිළිතුරු සපයන්න "ඔව්" නම් ඉදිරියේ දක්වා ඇති හිඳසෙහි පිළිතුරු සපයන්න CHECK EACH ITEM IF 'YES' EXPLAIN IN BLANK SPACE TO RIGHT எல்லா விடயங்களுக்கும் விடையளிக்கவும். 'ஆம்' எனில், எதிரேயுள்ள வெற்றிடத்தில் எழுதவும்.		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	වෙනත් තොරතුරු Any comments ஏனைய விடயம்
21	පහත සඳහන් කවර හෝ හේතුවක් නිසා ඔබ කෙදිනක හෝ රැකියාවක් ප්‍රතික්ෂේප කර හෝ විදුහලකින් අස් කිරීමක් සිදුකර තිබේද? Have you been refused employment or been unable to hold a job or stay in school because of : பின்வரும் ஏதாவது காரணத்தினால் தாங்கள் எப்போதாவது தொழில் மறுப்புக்கு அல்லது பாடசாலையிலிருந்து நீக்கப்படுதலுக்கு உள்ளானவரா?			
	21.1.1 රසායනික ද්‍රව්‍ය, දූවිලි, ඉර එළිය, සඳහා ඇති අධි සංවේදීතාවය නිසා Sensitivity to chemicals, dust, sunlight, etc. இரசாயனப் பொருட்கள், துகள், சூரிய ஒளி போன்றவைகளால் மிகுந்த உணர்ச்சிவசப்படுவதனால்			
	21.1.2 සමහරක් වලන සිදුකිරීම වලක්වාලන ශාරීරික දුබලතාවයන් නිසා Inability to perform certain motions சில அசைவுகளை மேற்கொள்ள இயலாத உடல்நீதியான குறைபாடுகளால்			
	21.1.3 සමහරක් තනතුරු වල රාජකාරී කිරීමේ අපහසුතා නිසා /සිල පතවිකලුக்கාන කඩමෙකளை நிறைவேற்றிட இயலாத தன்மையினால்/ Inability to assume certain positions			
	21.1.4 අනෙකුත් වෛද්‍ය හේතූන් නිසා Other medical reasons (If 'yes' , give reasons) ஏனைய மருத்துவ காரணிகளால் ('ஆம்' எனில், காரணங்களை தரவும்)			
21.2 ඔබ කිසියම් මානසික දුබලතාවක් සඳහා ප්‍රතිකාර ලබා තිබේද? Have you ever been treated for a mental condition? (If 'yes' specify when, where and give details) தாங்கள் ஏதேனும் மனநல நிலைமை தொடர்பாக சிகிச்சை பெற்றுள்ளீரா? ('ஆம்' எனில், அதுபற்றிய விபரங்களை தரவும்)				
21.3 ඔබට කෙදිනක හෝ සෞඛ්‍ය රක්ෂණ ආවරණ ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කර තිබේද? Have you ever been denied life insurance? (If yes, state reason and give details) தங்களுக்கு எப்போதாவது ஆயுள் காப்புறுதியினை மேற்கொள்வதற்கு மறுக்கப்பட்டுள்ளதா? ('ஆம்' எனில், காரணத்தையும் விபரங்களையும் தரவும்)				

Eye Surgeries Declaration

(1) Have you undergone any refractive eye surgery? If Yes, when was it done	Yes/No
(2) Have you undergone any other eye surgery? If Yes Explain	Yes/No
(3) Have you been advised to undergo any eye surgery? If Yes Explain	Yes/No
(4) Are/Were you under treatment any of the following eye condition	Yes/No
(a) Ophthalmic migraine (Headache which disturb your vision)	Yes/No
(b) Ocular hypertension	Yes/No
(c) Night blindness	Yes/No
(d) Orbital fractures (fractures around eye), injuries around eye and reconstructive surgery	Yes/No
(e) Double vision	Yes/No
(f) Damage to eye lid	Yes/No
(g) Recurrent disease of eye lids	Yes/No
(h) Dry eye	Yes/No
(i) Presence of excessive tearing	Yes/No
If yes for any of the above conditions give the details	

I do hereby declare in honor that the information given above regarding my health condition and surgeries are true and accurate to the best of my knowledge. I am aware that if any information given in this declaration are found to be incorrect or false, I am not eligible to get dismissed on medical ground and I am liable to be dismissed without any compensation only after paying the relevant bond value to KDU.

.....
Date

.....
Signature of the applicant

Part II (a)- Declaration by the Dental Surgeon

Dental History			
		Yes	No
1	1.1	Trauma to Face, Temporomandibular joint (TMJ) and teeth	
	1.2	Bleeding Gums	
	1.3	History of extraction, surgical correction and implanted teeth	
	1.4	Fracture or carried tooth	

Oral Examination		
2	2.1	Number of permanent teeth
	2.2	Dental Caries
	2.3	Periodontal Condition
	2.4	Tongue tie
	2.5	TMJ
	2.6	Septic roots
	2.7	Any other condition

Dental																																
Missing Teeth														Resorted teeth																		
3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	Non Resorted teeth														Replaced by denture																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	Comments																															

This is to certify that I have examined Mr/Ms(Holder of NIC number :.....) on/...../ 20 and declare that he /she is free from any dental disease.

.....
Signature

Name of the Dental Surgeon :

SLMC Registration Number :

Rubber Stamp :

Part II (b) - Declaration by the Medical Officer

Name of the Medical Officer :	
Address :	

1	Height		Weight		BMI (Body Mass Index)	
---	--------	--	--------	--	-----------------------	--

General Examination							
2			Normal		Abnormal		Comments
	2.1	General Appearance			2.9	R - Upper limb	
	2.2	Head, Scalp, Face and Neck			2.10	L - Upper limb	
	2.3	Mouth, Throat and Sinuses			2.11	R - Lower limb	
	2.4	Chest (Thoracic Wall)			2.12	L - Lower limb	
	2.5	Gynecomastia			2.13	Lower limb veins (Varicose)	
	2.6	Abdomen			2.14	Testicles and Scrotum (in Males)	
	2.7	Inguinal Lymph nodes			2.15	Pelvic examination (in Females)	
	2.8	Hernia (abdominal and inguinal)			2.16	Spine (Kyphosis and Scoliosis)	
Comments :							

Cardiovascular System						
3	3.1	Blood Pressure	Systolic (Hg mm)		Diastolic (Hg mm)	
		3.1.1	Sitting			
		3.1.2	Recumbent			
		3.1.3	Standing			
	3.2	Pulse rate (per min)				
	3.3	Pulse character	Normal		Abnormal	
	3.4	Pulse Rhythm	Normal		Abnormal	
	3.5	Heart Sound	Normal		Abnormal	
	3.6	Apex beat	Normal		Abnormal	

Respiratory System						
4		Right		Left		Comments
		Normal	Abnormal	Normal	Abnormal	
	4.1	Air entry				
	4.2	Lung sounds				
	4.3	Chest expansion				
	4.4	Respiratory rate (per min)				

Vision									
5		Black		Brown		Blue		Other	
	5.1	Acuity	Right/6	Left/6	Comments		
	5.2	If the applicant uses the glasses provide information							
		Right		Left		Comments			
		Normal	Abnormal	Normal	Abnormal				
	5.3	Eye Movements							
	5.4	Accommodation							

Hearing / Ears						
6		Normal		Abnormal		Comments
	6.1	External auditory canals				
	6.2	Ear Drum				

Joints of the body						
		Right		Left		Comments
		Normal	Abnormal	Normal	Abnormal	
7	7.1	Shoulder				
	7.2	Elbow				
	7.3	Wrist				
	7.4	Hip				
	7.5	Knee				
	7.6	Ankle				

Do you find any evidence of past or present disease of			
8	8.1	Brain or nervous system	
	8.2	Cardio-vascular system	
	8.3	Respiratory system	
	8.4	Digestive system	
	8.5	Abdomen and inguinal region	
	8.6	Genito - urinary system	
	8.7	Locomotive system	

9	Blood Group	A		B		AB		O		RH	Positive		Negative	
---	-------------	---	--	---	--	----	--	---	--	----	----------	--	----------	--

10	Urine	10.1	Specific gravity	
		10.2	Sugar	
		10.3	Albumin	
		10.4	Red blood cells	

11	Glycosilated Heamoglobine (HbAC)	Normal		Abnormal		
----	----------------------------------	--------	--	----------	--	--

12	Fasting blood sugar	Normal		Abnormal		
----	---------------------	--------	--	----------	--	--

13	Lipid profile	Normal		Abnormal		
----	---------------	--------	--	----------	--	--

14	Blood Ureas / S. Electrolytes	Normal		Abnormal		
----	-------------------------------	--------	--	----------	--	--

15	ECG	Normal		Abnormal		
----	-----	--------	--	----------	--	--

16	Chest X- Ray					
----	--------------	--	--	--	--	--

17	VDRL	Negative		Positive		
----	------	----------	--	----------	--	--

18	Hep. B Screening	Negative		Positive		
----	------------------	----------	--	----------	--	--

19	HIV - 1	Negative		Positive		
----	---------	----------	--	----------	--	--

20	HIV - 2	Negative		Positive		
----	---------	----------	--	----------	--	--

This is to certify that I examined Mr/Ms (Holder of NIC number of the candidate :.....) on/...../ 20..... and he /she is physically and mentally in good health. He/She is also free from any communicable diseases.

.....
Signature

Name of the Medical Officer :

SLMC Registration Number :

Rubber Stamp :