

GENERAL SIR JOHN KOTELAWALA DEFENCE UNIVERSITY

University Entrance Medical Form Day Scholar Degree Programme

Student Registration No :

| | | | |
|---|--|---|------------------------------|
| සම්පූර්ණ නම (පැහැදිලි අකුරෙන්) Full Name (Block letter) முழுப்பெயர் (பெரிய எழுத்துக்களில்) | பீடிய Faculty பீடம் | උපන් දිනය Date of Birth பிறந்த திகதி | |
| ඔබ පවුලේ කීවෙනියාද? Your position in family நீங்கள் குடும்பத்தில் எத்தனையாவது நபர்? | විවාහක / අවිවාහක Married / Single திருமணம் ஆனவரா/ ஆகாதவரா? | ආගම Religion சமயம் | ජාතිය Nationality இனம் |
| ලිපිනය : දෙමාපිය / භාරකරු Address of Parents / Guardian முகவரி: பெற்றோர்/ பாதுகாவலர் | | අධ්‍යයන කාලය තුළ ලිපිනය Address during course of study பாடநெறி காலப்பகுதியில் விலாசம் | |
| <p>ඔබගේ පවුලේ කිසිවෙකුට පහත දැක්වෙන රෝග වැළඳී තිබේද ?</p> <p>කෂය රෝගය : ඔව් / නැත මානසික රෝග : ඔව් / නැත රක්තහීනතාවය හෝ ලේ ආශ්‍රිත අනෙකුත් රෝග</p> <p>අධිරුධිර පීඩනය සහ අනෙකුත් හෘද රෝග : ඔව් / නැත දියවැඩියාව : ඔව් / නැත</p> <p>History of any of the following diseases in members of your family</p> <p>T.B. : Yes / No Mental illness : Yes / No Anemia or other blood disorders</p> <p>Hypertension and other cardio diseases : Yes / No Diabetes Mellitus : Yes / No</p> <p>உங்கள் குடும்பத்தில் யாராவது ஒருவருக்காவது பின்வரும் நோய்கள் காணப்பட்டனவா? ரி.பி : ஆம் / இல்லை மன அழுத்தங்கள்: ஆம் / இல்லை</p> <p>உயர் இரத்த அழுத்தம் : ஆம் / இல்லை நீரழிவு நோய் : ஆம் / இல்லை</p> | | | |
| <p>ඔබේ ආහාරය : ඵලවළු පමණක්ද / මස් මාලු අනුභව කරන්නෙක්ද? Diet : Vegetarian / Non vegetarian உங்கள் உணவு : சைவம்/ அசைவம்</p> | | | |

ඔබට පහත සඳහන් රෝග කවරක් වැළඳී තිබේද?

ඔව් / නැත

ඔව් නම් තොරතුරු සපයන්න

Have you suffered from any of the following?

Yes / No

If any, please give details

நீங்கள் கீழ்வரும் ஏதாவது யாதாயினும் நோயால் பாதிக்கப்பட்டீர்களா? ஆம் / இல்லை
அப்படியானால் விபரங்களை தரவும்

7. லிங்குரிக ருர்ட

Sexually Transmitted Diseases (STD)

பாலுறுப்பு துடர்பான நுய்கள்

7.1 ஡ு கலீன் லிங்குரிக ருர்ட ஸடலா ஡ுநிகார லுலுடுன திலுட? ஡ல / ஡ு
஡ல ஡஡ ஡ுரதுரு ஸ஡ன்஡

Have you ever been undergone treatments for STD? Yes/No

If any please give details

நீர் ஂபுதுலுவு பாலுறுப்பு துடர்பான நுய்களால் பாதிக்கப்பட்டீர்களா? ஆம்/இல்லை
அப்படியானால் தயவுசெய்து விபரகளைத் தரவும்.

8. லர்஡ ருர்ட ஸ஡ ஂலானுலீகலுவன் (ஂலார, ஡ெலன் ஡ு லெ஡ன்)

Skin diseases & allergies (Food, drug or any other types)

துால் நுய்கள் ஡ற்று஡ ஓவ்வல஡ (஁ணவு இ ஡ருந்து அல்லது வேறு ஂந்த வகையான)

8.1 ஡ல ஡ு ஓ஡லு ஁கன் ருர்டு ஡ன்லயன் ஸடலா ஡ுநிகார லுலுடுன திலுட?
஁சு஁஡஡ ஡ுரதுரு ஸ஡ன்஡

Have you ever been treated or investigated for above mentioned conditions? If yes please
give details

நீங்கள் ஂபுதுலுவு துால் நுய்களால் பாதிக்கப்பட்டீர்களா? ஆம் / இல்லை
அப்படியானால் தயவுசெய்து விபரகளைத் தரவும்.

9. ஡ல ஡ு ஓ஡லு கி஁ய஡ ஡ர஡ல ருர்டலலலயக் ஸடலா ருர்டு ஡ல ஡ு ஸலயனயகின், கெலீகலுல ஡ு
஁ர஁ கலுலீல ஡ுநிகார லுல திலுட? ஡ல / ஡ு

஡ல ஡஡ ஡ுரதுரு ஸ஡ன்஡

Were you ever been treated as an in ward or out patient from a private / public hospital for
any serious illness? Yes/No

Please provide details.

நீர் யலதலயிலு஡ நுயலால் பாதிக்கப்பட்டு அரசலங்க அல்லது தனியார் வலத்தியஸலலயில் ஁கி஁ஸு
஡ெற்றீர்களா? ஆம் / இல்லை
அப்படியானால் தயவுசெய்து விபரங்களைத் தரவும்.

10. லர்஡லலயு ஡ல கி஁ய஡ ருர்டலலலயக் ஸடலா ஡ுநிகார லுல ஡ன்஁லு?

஡ல ஡஡ ஡ுரதுரு ஸ஡ன்஡ (ருர்ட லீநி஁லய, ஡ெலன்)

Are you currently on any treatments ?

If Yes - give details (diagnosis, medication)

நீங்கள் தற்புது ஂதலுவு ஁கி஁ஸுக்கு ஁ட்படுத்தப்பட்டுள்ளீரா?
ஆம் ஂன்றால் விபரங்களைத் தரவும் (கண்டுபிடிக்கப்பட்ட வியலதி, ஡ருந்து)

11. ප්‍රකාශනය

මා විසින් ඉහත දක්වා ඇති මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, තවද මා විසින් මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ අසත්‍ය තොරතුරක් සපයා ඇත්නම් මා විසින් මෙම විශ්වවිද්‍යාලය වෙත ගෙවන ලද පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ලබා ගැනීමකින් තොරව හෝ ඇප බැඳුම්කර වටිනාකම ගෙවීමෙන් අනතුරුව අධ්‍යයන කටයුතු අත්හිටුවීමට එකඟ වෙමි.

Declaration

I hereby agreed that provision of false information with regards to my medical condition would be severely dealt with and may result discontinuation of studies without refunding or charging the bond value.

உறுதிப்படுத்தல்

මෙලේ ඉහත පිටපත් කළ මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, තවද මා විසින් මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ අසත්‍ය තොරතුරක් සපයා ඇත්නම් මා විසින් මෙම විශ්වවිද්‍යාලය වෙත ගෙවන ලද පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ලබා ගැනීමකින් තොරව හෝ ඇප බැඳුම්කර වටිනාකම ගෙවීමෙන් අනතුරුව අධ්‍යයන කටයුතු අත්හිටුවීමට එකඟ වෙමි.

.....
දිනය
Date
திகதி

.....
ශිෂ්‍යයාගේ අත්සන
Signature of Student
மாணவனின் கையொப்பம்

සටහන : තොරතුරු සැපයීමේ දී ඇති ඉඩකඩ ප්‍රමාණවත් නොවේ නම් ඒ සඳහා අතිරේක කඩදාසි භාවිතා කළ හැකිය
Note : Please attach separate papers when the space provided is not sufficient.
குறிப்பு : இடைவெளிகள் போதாத பட்சத்தில் மேலதிக தாள்களைப் பயன்படுத்தவும்.

FOR USE OF MEDICAL OFFICER

| | | | | |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------|
| Ht | Weight | Chest | Expiration | Inspiration |
| Vision- R L | Glasses No Glasses | Color Vision | Normal / Blind | Red Green |
| Posture -Good / Fair/Poor | | | | |
| Ears | Skin | X-Ray Report | | |
| Nose | Thyroid | Mantoux Test : Positive/ Negative | | |
| Mouth | Breasts | B.C.G. Given / Not Given | | |
| Pharynx | Pulse | Hb % | | |
| Hernia Orifices | B.P. | Stools | | |
| Genitalia | Heart Sound | Urine - albumin | | |
| Limbs | Lungs | Sugar | | |
| Spine & Chest Wall | Nervous System | V.D.R.L. | | |

TYPE OF DEFECTS

| | | |
|------------------------|----------------|---|
| Ocular | Medical | Action taken: 1. Referred to a consultant forthwith 2. Referral post-poned till convenient 3. Treated at Health Centre. |
| Dental | Dermatological | |
| ENT | Psychological | |
| Surgical / Orthopaedic | | |

.....
Signature

Name of Medical Officer :

SLMC Registration No. :

Rubber Stamp

සටහන් / Notes

අදාළ පරීක්ෂා කිරීම කල බවට වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන, ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය හා නිල මුද්‍රාව තබා ඇත්නම් පමණක් වලංගු වේ.

This form is only accepted with signature, Name, SLMC registration number and rubber stamp of the responsible medical officer.