

शारीरिक आरोग्यता प्रमाण-पत्र
CERTIFICATE OF PHYSICAL FITNESS

आवेदक का नाम जन्म की तारीख
Applicant's Name Date of Birth
पता
Address

A. पारिवारिक वृत्त

Family History

क्या आपके परिवार में कोई सदस्य कभी निम्नलिखित रोगों से पीड़ित हुआ है :

Has any member of your family ever suffered from :

1. तपेदिक
Tuberculosis
2. कुष्ठ रोग
Leprosy
3. मानसिक रोग
Mental illness

B. वैयक्तिक वृत्त

Personal History

क्या आप कभी निम्नलिखित रोगों से पीड़ित हुए हैं -

Have you ever suffered from any of the following diseases :-

1. मधुमेह
Diabetes
2. मिर्गी
Epilepsy
3. मानसिक रोग तंत्रिका अवरोध सहित
Mental illness, including 'nervous breakdown'
4. श्वस्निकाशोध (ब्रांकाइटिस), थूक में खून आना, तपेदिक या फेफड़े की अन्य बीमारी
Bronchitis, spitting of blood, tuberculosis or other lung disease.
5. दिल या गुर्दे की बीमारी
Heart or kidney disease
6. कोई अन्य रोग या दुर्घटना या आपरेशन जिसमें बिस्तर पर आराम की सलाह दी गई हो।
Any other disease, accident, or operation requiring confinement to bed.
7. क्या आप एड्स रोग से पीड़ित तो नहीं ? कृपया एड्स जाँच रिपोर्ट लाएँ।
Are you suffering from AIDS ? Please bring the test report.
8. चेचक का टीका या अन्य टीके ? किस रोग के और कब ?
Any vaccination or inoculation? Against which disease and when?

C. शारीरिक जाँच

Physical Examination

1. कद
Height
2. वजन
Weight

3. छाती
Chest Measurement
(a) साँस लेने पर / when breath in
(b) साँस निकालने पर / when breath out
 4. सामान्य डील-डौल
General Appearance
 5. दिल
Heart
 6. फेफड़े
Lungs
 7. उदर
Abdomen
 8. ग्रन्थियाँ
Glands
 9. (a) घुटने का मोड़
K.J. (Knee Jerk)
(b) टखने का मोड़
A.J. (Ankle Jerk)
(c) पुतलियाँ
Pupils
(d) उदरीय
Abdominal
 10. मूत्र विश्लेषण-शर्करा / एल्ब्यूमिन
Urine Analysis – Sp. Gr. Sugar Albumen
 11. रक्तचाप
Blood pressure
 12. दृष्टि - दूर और निकट की, चश्मे के साथ और चश्मों के बिना दृष्टि क्षेत्र
Vision – Distant and near, Field of Vision with and without glasses
 13. श्रवण
Hearing
 14. दाँत, टांसिल
Teeth, Tonsils
 15. कोई अन्य असाधारण बीमारी पाई गई हो
Any other abnormality or disease
- D. विशेष जाँच (यदि की गई हो) के परिणाम
Result of special tests (if carried out)
1. कोह परीक्षा
Kohn Test
 2. फेफड़ों का एकसरे
X-Ray of Lungs

(आवेदक के हाल ही में चेचक का टीका लगा होना चाहिए। जहाँ आवश्यक हो वहाँ टायफाइड ग्रुप, डिप्थीरिया, काली खाँसी, हैजा और पीत - ज्वर का टीका लगाने की सलाह दी जाती है ।)

(Applicants should have been recently vaccinated against the small pox inoculation against the typhoid group, diphtheria, whooping cough, cholera and yellow fever is advised where necessary.)

में इसके द्वारा प्रमाणित करता /करती हूँ कि मैंने श्री/श्रीमती/कुमारी
..... की जाँच की है, जो
भारत में केंद्रीय हिंदी संस्थान में, अध्ययन के लिए जाना चाहते/चाहती हैं। मैंने
..... को छोड़कर उसमें कोई रोग (संचारी या अन्य) या
शारीरिक दुर्बलता या शारीरिक अशक्तता नहीं पाई है। मैं समझता/नहीं समझता हूँ कि इससे वे भारत
में प्रशिक्षण लेने के लिए अयोग्य रहेंगे/रहेंगी या वहाँ की जलवायु या जीवन स्थिति को सहन नहीं कर
पाएँगे/पाएँगी।

I hereby certify that I have examined Mr./Mrs./Miss
.....who intends to pursue study in India at the Kendriya Hindi Sansthan. I
have not found any disease (communicable or otherwise), constitutional weakness or
bodily infirmity except*
.....I do/do not consider this as likely to render him/her
unfit to undergo his/her training or to withstand the climate or living conditions in
India.

नीचे दिए गए उम्मीदवार के हस्ताक्षर मेरे सामने किए गए हैं।
The candidate's signature below has been taken in my presence.

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Candidate's Signature

तारीख
Date _____

स्थान
Place चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर उसकी योग्यता और पद नाम सहित
Signature of Medical Officer, with his qualification and
designation

कृपया पूरा ब्यौरा दें और यदि उम्मीदवार अयोग्य घोषित किया गया हो तो यह भी बता दें कि क्या वह अयोग्यता किसी छोटी-मोटी अशक्तता के कारण है जो इलाज से ठीक हो सकती है (चिकित्सा या शल्य क्रिया से)।

*Please give full details and if candidate is declared unfit, also state whether the inability is due to some minor disability which can be cured by treatment (medical or surgical).