

**GUJARAT UNIVERSITY**  
**STUDENT MEDICAL EXAMINATION FORM**

Form No. 

(Student should fill-up/વિદ્યાર્થીએ ભરવું)

|  |  |                   |   |                 |  |
|--|--|-------------------|---|-----------------|--|
| 1 Name : .....   |  |                   | 2 Age ..... Years ..... Months .....                                |                 |  |
| 3 Class  |  | Roll No. Division |   | Name of College |  |
| 4 A. Address (Permanent) : કાયમી સરનામું :   |  |                   | 5 Tel No.   |                 |  |
|  |  |                   | 6 Date of Birth   |                 |  |
| હાલનું સરનામું : (Temporary Address) :   |  |                   | 7 Married/Unmarried   |                 |  |
|  |  |                   | 8 Habit (ટેવ) (Tobacco Drugs, Alcohol, etc.)                        |                 |  |
| 4 B. નિવાસ સ્થાનથી કોલેજનું અંતર (આશરે) Distance of College  |  |                   |   |                 |  |
| 4 C. કેવી રીતે પહોંચે છે? ચાલતા/બસમાં/સાઈકલ/મોટરસાઈકલ/સ્કુટર-લ્યુના Vehicle if any? Walkable Distance /by Bus/by Cycle by Scooter, Motor Cycle etc.  |  |                   |   |                 |  |
| 9 Vegetarian/Non Vegetarian-શાકાહારી/મીંસાહારી   |  |                   | 10. Hobby - શોખ   |                 |  |
| 11. Identification marks-ઓળખચિન્હ ક્યાં છે?<br>તલ/લાખું/ધા—Mole-Naevos-Scar  |  |                   |   |                 |  |
| 12. Complaint-શારીરિક-Physical   |  |                   |   |                 |  |
| 13. Psychic (નોટિસ બોર્ડ જોશો) માનસિક તકલીફ  |  |                   | રૂબરૂ જણાવશો :  |                 |  |
| 14. *Past history of Diseases, Operation, Accident<br>ભૂતકાળમાં આવેલ બિમારી, ઓપરેશન, અકસ્માત   |  |                   | [માતા પિતાને પૂછવું/Ask your Parents]                               |                 |  |
| 15. *Family History of Disease on either side of parent e.g. convulsions, hysteria, cancer, Tb, Deaf & Dumb from Birth, Diabetes, Asthma, Heart Disease, High B.P., Insanity<br>કોટુંબિક (પિતૃપક્ષે આવેલ બિમારી) માતૃપક્ષ બિમારી દા.ત. : વાઈ, કેન્સર, ક્ષય, જન્મથી બહેરા-મુંગાપણું ડાયાબિટિસ, દમ, હૃદય રોગ, બ્લડ પ્રેશર, માનસિક બિમારી |  |                   | [માતા પિતાને પૂછવું/Ask your Parents]                               |                 |  |
| 16. **Immunization/રસી લીધી છે?<br>(નોટિસ બોર્ડ વાંચો) Notice Board<br>T&E Toxoid/MMR/Hepatitis B ધનૂર/એમએમઆર/<br>હેપેટાઈટીસ બી<br>Typhoid vaccine- ટાઈફોઈડની રસી  |  |                   | [માતા/પિતા/તમારા ડૉક્ટરને પૂછો /<br>Ask your Parents/Family Doctor] |                 |  |
| 17. Exercise/કસરત કરે છે કે કેમ? કયા પ્રકારની  |  |                   |   |                 |  |
| 18. દુધ પીવો છો? કેટલું? કેટલા ફેટનું?<br>Do you take Milk? % of fat in milk   |  |                   |   |                 |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 19. સામાન્ય રીતે ખોરાક લેવાની વિગત એક વખત/બેવખત/બે થી વધુ વખત |   |   |
| 20.   | How frequently you take Meals?<br>Once/ Twice /More than twice              |   |
| 21.   | ઉપવાસ કરો છો? વિગત આપો.<br>Do you observe Fast? Give Detail                 |   |
| College should fill-up  |   |   |
| 1.  | Height/ઉંચાઈ (સેમી)   |   |
|   | Weight (કિલોમી)   |   |
| Doctor will fill-up   |   |   |
| 1.  | Heart / B.P. / Pulse  |   |
| 2.  | Anaemia Skin/Nail   |   |
| 3.  | Resp. System  |   |
| 4.  | Digestive System, Liver, Spleen   |   |
| 5.  | Nervous System  |   |
| 6.  | Renal System/Genito Uri. System   |   |
| 7.  | Phimosi s-Undescended Testis ? Hernia-Hydrocele                             |   |
| 8.  | Menstrual History/રૂઝુસૂત્ર   |   |
| 9.  | Gynaec. Problem/સ્ત્રીરોગ; Breast exam.<br>Leucorrhoea : Dysmenorrhoea etc. |   |
| 10. Refraction :  | User glasses/Contact lense  | Rt  |
|   | Still require Correction  | It  |
|   | Not using glasses/CL  |   |
| 11.   | Colour/Vision   |   |
| 12.   | Ear, Nose, Throat (DNS, Tonsillitis, CSOM,<br>Sub Muscos Fibrosis, ASOM)    |   |
| 13.   | GUMS / Teeth / Caries / Tatar   |   |
| 14.   | Lymph Glands  |   |
| 15.   | Skin Disease ,Eczema, Tinea Scabies   |   |
| 16.   | BONE/JOINT/Muscle Pain/   |   |
| 17.   | Defect/Deformity  |   |
| 18.   | Psychic Problem   | Please do not write here. Keep separate list<br>of such students. |
|   | Doctor's Observation of Health<br>દાકતરી નોંધ                               | Poor/Good/Fair/Best   |
|   | Medical Advice/દાકતરી સલાહ  |   |
|   | Signature of Doctors :  |   |
| 1.  |   |   |
| 2.  |   |   |
| 3.  |   |   |
| Student's Signature   |   |   |

## Medical Advice Slip

Form No.

વિદ્યાર્થીને આપવાનાં સૂચનો

| Name of Student | Division | Roll No. | Complaint |
|-----------------|----------|----------|-----------|
|                 |          |          |           |

He/She is having ..... (Diagnosis)

He/She is advised to see ..... Consultant

Investigation .....

Treatment

તે/તેણીને.....ની તકલીફ છે.

તેને.....નિષ્ણાતને મળવું જરૂરી છે.

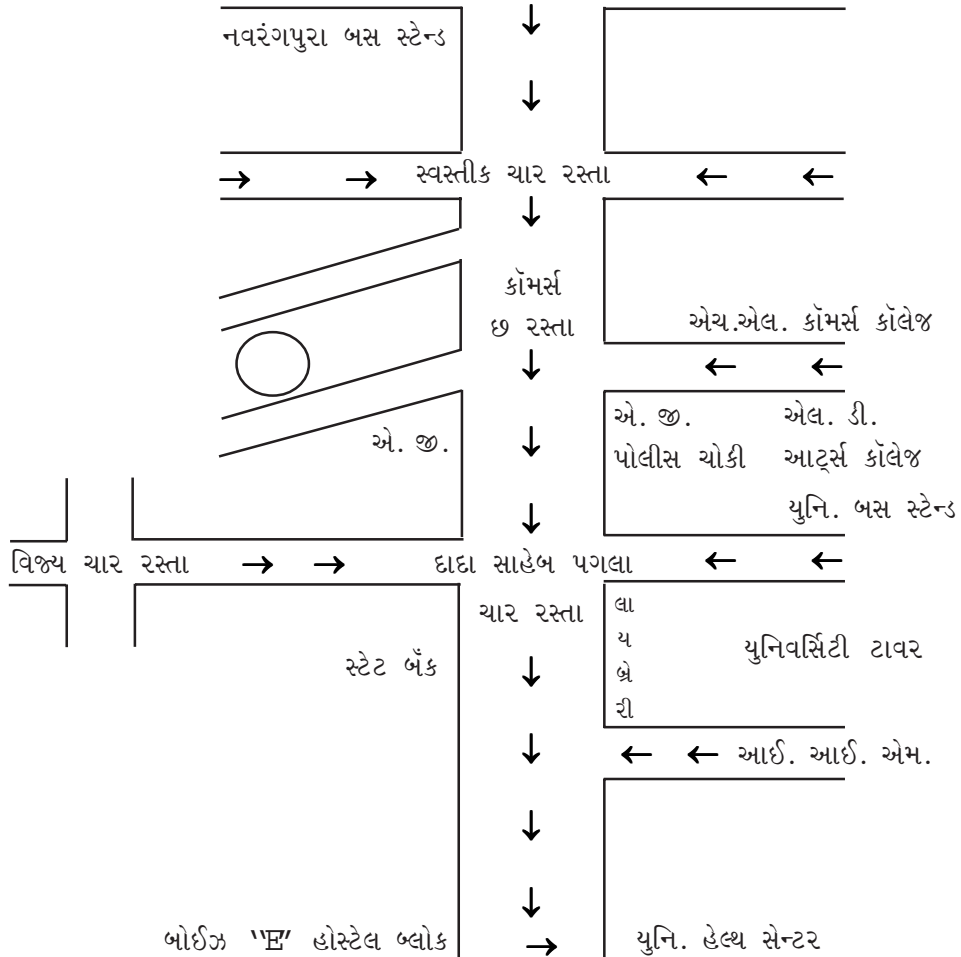
નીચેની તપાસ કરાવવી જરૂરી છે/નીચે પ્રમાણે સારવાર અત્યંત જરૂરી છે.

Signature of Doctor/Medical Officer

SEAL

Signature of College Principal

## નવરંગપુરા બસ સ્ટેન્ડથી યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટર



## ગુજરાત યુનિવર્સિટી આરોગ્ય કેન્દ્ર

આ આરોગ્ય કેન્દ્રમાં નીચેના માનદ તબીબોની સેવા ઉપલબ્ધ છે :

|   |   |
|---|---|
| ૧. માનદ ફિઝિશિયન<br>(Hon. Physician)                      | : મંગળ, શુક્ર, સાંજે ૪-૩૦ વાગ્યે<br>: Tuesday, Friday 4-30 p.m.                             |
| ૨. માનદ નાક/કાન/ગળાના નિષ્ણાત સર્જન<br>(Hon. ENT Surgeon) | : મંગળવાર, સાંજે ૪-૩૦ વાગ્યે<br>: Tuesday, 4-30 p.m.  |
| ૩. માનદ સ્ત્રી રોગના નિષ્ણાત<br>(Hon. Gynecologist)       | : મંગળવાર, ગુરુવાર સાંજે ૪-૦૦થી ૫-૦૦ વાગ્યે<br>: Tuesday, Thursday 4-00 p.m. to 5-00 p.m.   |
| ૪. માનદ માનસિક રોગના નિષ્ણાત<br>(Hon. Psychiatrist)       | : બુધવાર સવારે ૯-૦૦થી ૧૦-૦૦ વાગ્યે<br>: Wednesday 9-00 a.m. to 10-00 a.m.                   |
| ૫. માનદ સર્જન<br>(Hon. Surgeon)                           | : શુક્રવાર સાંજે ૪-૦૦ વાગ્યે<br>: Friday 4-00 p.m.  |
| ૬. માનદ હાડકાનાં રોગના નિષ્ણાત<br>(Hon. Orthopedic)       | : બુધવાર સાંજે ૪-૦૦થી ૫-૦૦ વાગ્યે<br>: Wednesday 4-00 p.m. to 5-00 p.m.                     |
| ૭. માનદ બાળકોના રોગના નિષ્ણાત<br>(Hon. Pediatrician)      | : સોમવાર સવારે ૧૦-૩૦ વાગ્યે, ગુરુવારે સાંજે ૪-૦૦<br>: Monday 10-30 a.m., Thursday 4-00 p.m. |
| ૮. માનદ સાયકોથેરાપિસ્ટ નિષ્ણાત<br>(Hon. Psychotherapist)  | : બુધવાર સવારે ૯-૦૦થી ૧૨-૦૦ વાગ્યે<br>: Wednesday, 9-00 a.m. to 12-00 a.m.                  |
| ૯. માનદ ફિઝિયોથેરાપિસ્ટ<br>(Hon. Physiotherapist)         | : સોમવારથી શનિવાર સવારે ૧૦-૦૦ વાગ્યે<br>: Monday to Saturday 10-00 a.m.                     |

ઉપરાંત નિવાસી તબીબી અધિકારી અને લેડી મેડિકલ ઓફિસરની સેવા નીચેના સમયે મળશે.

નોંધ : માનદ તબીબો (સ્પેસિયાલીસ્ટ)ની સેવા માટે અગાઉથી ફોન કરીને આવવા વિનંતી છે.

| કેસ કાઢવાનો સમય :   |   |
|---|---|
| સવારે : ૮-૩૦થી ૧૧-૪૫ સોમવારથી શુક્રવાર<br>Time : Morning : 8-30 to 11-54 a.m. Monday to Friday<br>સાંજે : ૪-૦૦થી ૫-૪૫<br>Evening : 4-00 p.m. to 5-45 p.m. | સવારે : ૮-૩૦થી ૧૨-૪૫ : શનિવાર<br>8-30 a.m. to 12-45 a.m. Saturday |

કાર્ડિયોગ્રામ, એક્સ-રે, સ્કીનિંગ તથા પેથોલોજી લેબોરેટરીની પણ સગવડ ઉપલબ્ધ છે.

વધુ વિગત માટે જોડો ફોન નં. ૨૬૩૦૦૧૨૪ (કામકાજના સમય દરમિયાન)

Phone No. 26300124

**સૂચનો :**

- (૧) ઉપરોક્ત સેવાઓ યુનિવર્સિટીના કર્મચારીઓ તેમનાં કુટુંબીજનો તથા સંલગ્ન કોલેજોમાં અભ્યાસ કરતા વિદ્યાર્થી-ભાઈબહેનો પૂરતી જ છે.
- (૨) આરોગ્ય કેન્દ્ર પર આવતી વખતે ઓળખપત્ર સાથે હોવું જરૂરી છે.

## (Final Report to be Submitted)

Name of the Class : .....

Name of the Doctor/Medical Officer : .....

Total No. of Students examined : .....

(Boys :                      Girls :                      )

## Report of Student Medical Check up

Year : 20      - 20

| No. | Medical Problems                    | Total<br>No. of<br>students | Boys | Girls |
|-----|-------------------------------------|-----------------------------|------|-------|
| 1   | Underweight                         |                             |      |       |
| 2   | Obesity                             |                             |      |       |
| 3   | Ref. Error                          |                             |      |       |
| 4   | Change of Glasses                   |                             |      |       |
| 5   | Dental & Gum Problem                |                             |      |       |
| 6   | Ear, Nose, Throat Problem           |                             |      |       |
| 7   | Palpable Lymph, Glands/Spleen/Liver |                             |      |       |
| 8   | Skin Disease                        |                             |      |       |
| 9   | Lack of Personal Hygiene            |                             |      |       |
| 10. | Enirosis                            |                             |      |       |
| 11. | Hydrocele                           |                             |      |       |
| 12. | Hernia                              |                             |      |       |
| 13. | Gynac. Problem                      |                             |      |       |
| 14. | High B.P.                           |                             |      |       |
| 15. | Anaemia                             |                             |      |       |
| 16. | Anxiety                             |                             |      |       |
| 17. | Depression                          |                             |      |       |
| 18. | Any other problem                   |                             |      |       |

Signature of Principal

Signature of Doctor/M.O.

Phone : 26300124

GUJARAT UNIVERSITY  
HEALTH CENTRE  
Ahmedabad-380 009

મેડીકલ ચેકઅપ માટે જરૂર લાગે તો ગુજરાત યુનિવર્સિટીના કાર્યક્ષેત્ર નીચે કામ કરતી હેલ્થ ટીમના સંપર્ક માટે નીચેના ડૉક્ટરશ્રીઓનો સંપર્ક કરવો.

| ક્રમ | નામ                   | ફોન નંબર               |
|------|-----------------------|------------------------|
| (૧)  | ડૉ. ઉર્વશીબેન સુતરીયા | 9979856077<br>27910354 |
| (૨)  | ડૉ. નીતાબેન ફડીયા     | 26606964               |