



OUT PATIENT REGISTRATION FORM

രോഗിയുടെ യഥാർത്ഥ പേര്:

(Patient Official Name)

വിലാസം:

(Address)

.....

.....PIN:.....

മൊബൈൽ/ടെലിഫോൺ:

Mobile/Telephone

Sex:

പുരുഷൻ	സ്ത്രീ	മറ്റ് വിഭാഗം
Male	Female	Others

വയസ്സ്: ജനന തീയതി:.....

കാണേണ്ട വിഭാഗം/ഡോക്ടർ:

Dept. / Doctor to be Consulted:

നേരത്തെ ബുക്ക് ചെയ്തിരുന്നോ?

Have you booked earlier?

ഉണ്ട്	ഇല്ല
Yes	No

ബുക്കിംഗ് നമ്പർ:

Booking Number

താങ്കൾക്ക് പ്രമേഹം ഉണ്ടോ?

Are you Diabetic?

എതെങ്കിലും മരുന്നിന് അലർജിയുണ്ടോ?

Are you allergic to any medicine?

മുകളിൽ പറഞ്ഞ വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ ശരിയും സത്യവും ആണ്.

The Above mentioned information is true and correct to the best of my knowledge.

പേരും ഒപ്പും: തീയതി:.....

Name & Signature:

Date

ഒരിക്കൽ രേഖപ്പെടുത്തിയ വിവരങ്ങളിൽ മാറ്റം വരുത്തുവാൻ മതിയായ രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

Details once registered will be amended on production of sufficient proof only.