





குறிக்கப்பட்டிருக்கிறது. - එක් එක් කන්ක සඳහා වෙන් වෙන්ව පැවැත්විය යුතුය. අඩි 20ක දුරක සිට සාමාන්‍ය සංවාදයෙහි කට හඬ ශ්‍රවණය කිරීමට හැකිවීම සාමාන්‍ය ශ්‍රවණය යනුවෙන් හැඳින්වේ. ශ්‍රවණ හැකියාව පවතින බව පෙනී ගිය හොත් එම ශ්‍රවණ හැකියාව 256 - 2048 දක්වා වූ සංඛ්‍යාතයන්ගෙන් වෙයිට්ටේ 30කට අධික වශයෙන් වැඩිය, (වෙන වෙනස්වූ විසින් පැවැත්විය යුතුවේ.)

ஒவ்வொரு செவிகளினதும் கேட்கும் சக்திப்பரிசோதனை - 20 அடிகளுக்குள் உரையிடும் சத்தம் கேட்கக்கூடிய சக்தியுள்ளவரின் இயல்பான கேட்கும் சக்தியுள்ளவர் எனக் கருதலாம். காது கேட்கும் சக்தி குறைந்து இருந்தால், இது 30 டெசிபிள் அதிர்வெண்கள் 256-2048 ற்க்கூடியதாக இருக்கக்கூடாது. இப்பரிசோதனை ஒரு பிரத்தியேக வைத்தியரால் செய்யப்படவேண்டும்.

**Hearing Test.** - Separately for each ear - Normal hearing being the ability to hear ordinary conversational voice at a distance of 20 feet. If there is some loss of hearing the loss should not be greater than 30 decibels in frequencies from 256-2048. (This is to be done by a Specialist.)

<p>புள்ளி/ வினாக்கள் / Questions</p>	<p>பිடிதர/ விடைகள் / Answers</p>
<p><b>8. பூனத சத மதுபிடு/ முடிவும் மேற்பரப்பும் / Extremities and Surface -</b></p> <p>(அ) அபேர்சசுருக்கு திருத்திகரமாக பாவ் தட்டப்பட்டுள்ளதா ?                      (a) Has the candidate been successfully vaccinated?</p> <p>(ஆ) லொகர்டி, லுலுசு ஹே ரெஸு ஆடிசுவ் கிசு ஆதி வு கார்டு கிசிடவ் கிவெ ஃ?                      (ஆ) சத்திரசிகிசுசசு சசுய்ததால், காயம்பட்டதால் அல்லது வேறு நோய்களினால் ஏதாவது தரம்பு ஏற்பட்டுள்ளதா ?                      (b) Are there any scars from operations, injuries or disease?</p> <p>(இ) ஐரூ ஓடிசிடகித் ஹே யசிடகிசு ஃர்டுசு வர்டி ஆசாஃதகிசுத் சசுலெத்ஹேஃடி?                      (இ) வெளித்தேதால் கடுமையாகப் பாதிக்கப்பட்ட நிறையோ அல்லது வெற்றிகரம் இரத்தக் குறாய்ச்சினா உள்ளனவா ?                      (c) Are there varicose veins or any severe affection of the skin?</p> <p>(ஊ) லுர்டிசிட, லுசு பூனத, ஆசுல்டிசு பூனதகிசு யசாடி ரெஸுசுத்ஹேஃடி ஃ?                      (ஈ) மேனியர் அல்லது விதிபருக்க விருத்தி தென்படுகின்றதா ?                      (d) Are hernia, hydrocele, varicocele present?</p> <p>(ஊ) கால ரெஸு லக்சுஹ கிசிடவ் ஃக்தவ் கிவெ ஃ?                      (ஊ) மேனியர் அபுசுசுசுவடுகள் தென்படுகின்றனவா ?                      (e) Any trace of any venereal disease?</p>	
<p><b>9. 89 வுசு ரெஃலாசிட கலிசெயிடசுத் விசெஃசுத் சலகா ஃர்டிசெடி லெதவ் யசிடகிசு ஃர்டிசு ஆதிசுலுதிவ ஹே ரெஸுசு லக்சுஹ கிசிடவ் ஆதி வு சசு யசிட ஃ?                      வேறு எவ்வித உடற்குறைபாடுகளோ அல்லது நோய்களோ உள்ளனவா என்பதைப் பரிசீலனை 89 ஊ விசேசுக் குறிக்கோளாகக் கௌண்டு குறிப்பிடுக.</b></p> <p><b>Are there indications of any other physical defect or disease with special reference to Reg. 89?</b></p>	

சொல்லு கீழே குறிக்கப்பட்டுள்ளது.

(1) .....மனமா / மனமீய / மெதமீய

விசின் 169 வுசு சாමாநக ஆககவி சதுசுகி கர ஆதி துகாசு சக சககிக கிரீம ம விசின் கிசுவத லு வவ், (2) சாමாநக வேடா ரெஃலாசிட வுல ஆதவ் 88 வுசு சக 89 வுசு விதவ்விடுஃ ஃக்தவ் ஆதி லசுஃஃலுல ஆதவ் சக 169 வுசு சாමாநக ஆககவிசுதகிசுத் சபிசுசுரல ஃக்தவ் ஆதி சிசுலு கர்டுசு சலகா வுலசு, சலசுசுரக சபிசுசுசுவத் சபிசுவத லு வவ், லசு மகே மகசு, மகே சபிசுசுசுவ சக ஆசுடலிசுர்டு வேடா ஓகிசாசு மக சஃதலி கர்டுசு லுசுவிவ் வவ் சககிக கர்டி.

**அதிபர், சகாதார சேவை,**  
 (1) பொதுப் படிவம் 169 ல் திரு. திருமதி / செல்வி ..... யால் செய்யப்பட்ட உறுதிமொழியை அவருக்கு வாசிக்கக்கூடாது. உறுதிப்படுத்தியுள்ளேன். (2) பொது மருத்துவப் பிரமாணத்தின்\* பிரிவுகள் 88, 89 இல் உள்ளபடியும் பொதுப் படிவம் 169 இல் குறிப்பிட்டுள்ள விபரங்கள் யாவையும் பூர்த்தி செய்தும், அபேட்சகரின் நோய்வரலாற்றை அடிப்படையாகக் கொண்டு பூரண பரிசீலனை தனவைய நிறைவேற்றியதன் காரணமாக எனது அபிப்பிராயத்தைத் தெரிவிக்கின்றேன், என நான் நடமாடசிப் பத்திரமளிக்கின்றேன்.

**Director of Health Services**

I CERTIFY that I have (1) read the declaration on form General 169 made and affirmed to by Mr./Mrs./Miss ..... (2) carried out a full examination in accordance with the instructions given in sections 88 and 89 of General Medical Regulations\* and in respect of all the points detailed in form General 169 and that my opinion is based on the result of my examination and on the medical history of the applicant.

.....மனமா / மனமீய / மெதமீய

சகக ஃக்தவெத ஹேகுவ் கிசு, ஃகிசுதே ஹேலு சுகுஃசுக சேவீசு கிரீம வு / குசுசுசு வு மகே ஆஃதகசு.

திரு./திருமதி/செல்வி ..... இலக்சுசுசுசுவின் எப்பகுதியிலும் சேவையாற்றுவதற்கு தகுதியுள்ளவர / தகுதியற்றவர் என பின்வரும் காரணங்களால் நான் அபிப்பிராயப்படுகின்றேன் :-

I am of opinion that Mr./Mrs./Miss. .... is fit / not fit for service in any part of the island for the following reasons :-



(අයදුම්කරු විසින් සම්පූර්ණ කොට වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාරදිය යුතුයි)

**වයසෙන් දෙපාර්තමේන්තුවේ පත්වීමක් සඳහා තාවකාලික වයසෙන් තෝරා ගනු ලැබූ අයදුම්කරුවෙකු විසින් කරනු ලබන ප්‍රකාශය**

ආණ්ඩුව යටතේ පත්වීමක් ලබා ගැනීමට අපේක්ෂා කරන අයදුම්කරුවන් විසින් පහත සඳහන් ආකෘති පත්‍රය සම්පූර්ණ කොට වෛද්‍ය පරීක්ෂණය කරනු ලබන වේලාවේදී ආණ්ඩුවේ වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාර දිය යුතුය.

මෙහි කරනු ලබන ප්‍රකාශයන් ගැන අයදුම්කරු වග කීව යුතුය. යම් තොරතුරක් ඕනෑ කමක් ම යටපත් කළොත් ඔහුට පත්වීම නොලැබිය හැකිය.

සම්පූර්ණ නම : \_\_\_\_\_

ලිපිනය : \_\_\_\_\_

රක්ෂාව : \_\_\_\_\_

උපන් දිනය : \_\_\_\_\_ මිලියන උපන් දිනට වයස : \_\_\_\_\_

උපන් ස්ථානය : \_\_\_\_\_ විවාහක ද අවිවාහක ද යන වග : \_\_\_\_\_

ඔබගේ අත් එක්තර කීරීම ධාර්මික වී තිබේද ? \_\_\_\_\_

එසේ නම් අත්කීම වරට අත් එක්තර කළ දිනය : \_\_\_\_\_

ඔබට මසුර්තා රෝගය වැළඳී තිබේද ? \_\_\_\_\_

නිතර නිතර කැස්ස, කෙළ සමග හෝ කහිත වීට හෝ ලේ යාම, පුප්පුසාවරණ ප්‍රදාය, යන මේ රෝගයකින් හෝ පෙණහැලී වල වෙනසම රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියේද ? \_\_\_\_\_

අත්හි වැද්දිය, අර්ශය, රක්තවාහය, අපස්මාරය හෝ ආක්ෂේපය යන මේ රෝගයකින් හෝ වෙන යම් නගරගත රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියේද ? \_\_\_\_\_

ඔබ වෙත යම් රෝගයකින් හෝ තදබල තුවාලයකින් හෝ පෙළී සිටියේද ? \_\_\_\_\_

සහර අංශවිකල්පවයකින් හෝ පසුව ඇති වූ අංග විකල්පවයකින් හෝ ඔබ පෙළෙන්නේද ? \_\_\_\_\_

ඔබට කවද හෝ යම් ශල්‍යකර්මයක් කරන ලද්දේද ? එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර හා ශල්‍යකර්මය කළ දිනය ද ලියන්න : \_\_\_\_\_

දත් ඔබ මනා සතිපයෙන් සිටින්නෙහි ද ? \_\_\_\_\_

ඔබ මධ්‍යස්ථ ගති පැවතුම් ඇත්තෙක් ද ? \_\_\_\_\_

ඔබේ පවුලේ යම් කීසිවෙක් හෝ ඔබේ කීටවූ නෑදෙක් හෝ ක්ෂය රෝගයෙන් හෝ පෙණහැලී ගත වෙනයම් රෝගයකින් හෝ උමතු රෝගයකින් හෝ ආක්ෂේප රෝගයකින් හෝ පෙළෙන්නේද ? නැතහොත් පෙළී සිටියේද ?

පියා ජීවත් ව සිටි නම් ඔහුගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	පියා මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ පියා මිය යන විට වයස	මව ජීවත් ව සිටි නම් ඇගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	මව මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ මව මිය යන විට වයස
ජීවත්ව සිටින සහෝදර සංඛ්‍යාව හා ඔවුන්ගේ වයස්	මැරුණ සහෝදරයන්ගේ ගණන මැරෙණවිට ඔවුන්ගේ වයස්, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග	ජීවත්ව සිටින සහෝදරයන්ගේ ගණන හා ඔවුන්ගේ වයස්	මැරුණ සහෝදරයන්ගේ ගණන මැරෙන විට ඔවුන්ගේ වයස්, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග

මව්පිත් මේ ආකෘති පත්‍රයේ ලියන ලද පිළිතුරු සත්‍ය බවින්, වැදගත් කීසිම කරුණක් මව්පිත් යටපත් නොකරන ලද බවත් මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

(අත්සන) \_\_\_\_\_

[To be filled up by the Candidate and handed over to the Medical Officer]

Declaration by candidate provisionally selected for appointment in the \_\_\_\_\_  
 Department as \_\_\_\_\_

Candidate for appointment under Government should complete the form below and hand it to the Government Medical Officer at the time of examination.

The candidate will be held responsible for the accuracy of the statements hereon, and by wilfully suppressing any information he will incur the risk of losing the appointment.

Name in full : \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Date of birth : \_\_\_\_\_ Age on next birthday : \_\_\_\_\_

Place of birth : \_\_\_\_\_ Whether married or single : \_\_\_\_\_

Have you been successfully vaccinated ? \_\_\_\_\_

If so, give last date : \_\_\_\_\_

Have you had smallpox ? \_\_\_\_\_

Have you suffered from habitual cough, spitting or coughing blood, pleurisy, or any complaint of the lungs ? \_\_\_\_\_

Have you suffered from rupture, piles, rheumatism, epileptic or other fits, insanity, or from any nervous complaint ? \_\_\_\_\_

Have you suffered from any other disease or from serious personal injury ? \_\_\_\_\_

Have you any deformity, congenital or acquired ? \_\_\_\_\_

Have you ever undergone any surgical operation ? If so, give particulars and dates : \_\_\_\_\_

Are you now in good health ? \_\_\_\_\_

Are you temperate in your habits ? \_\_\_\_\_

Are any members of your family or near relatives, or have they been, subject to consumption or any disease of the lungs, or to insanity or fits ? \_\_\_\_\_

Father's Age, if living, and State of Health	Father's Age, at Death, and Cause of Death	Mother's Age, if living, and State of Health	Mother's Age, at Death, and Cause of Death
No. of Brothers living, and their Ages	No. of Brothers Dead, their Ages at, and Cause of Death	No. of Sisters living, and their Ages	No. of Sisters Dead, their Ages at, and Cause of Death

I do hereby declare that the answers given by me on this form are true and that I have not suppressed any material facts.

(Signature) \_\_\_\_\_