පොදු
අ ධ්‍යයනය } 169
Health
(F * S., T. & E.) 5/66

වෛද්‍ය පරීක්ෂකගේ වාර්තාව

மருத்துவச் சோதனையாளர் அறிக்கை

MEDICAL EXAMINER'S REPORT

අයදුම්කරුගේ නම
அபேட்சகர் பெயர்
Name of the Candidate } .....
(169 වැනි පොදු ආකෘති පත්‍රයේ දක්වා ඇති නමට අනුරූප විය යුතුයි பொது ப்படிவம் 169 இல் கொடுக்கப்பட்ட பெயர்போல
To correspond with the name in Form General 169)

පරීක්ෂණය පැවැත්වෙන දිනය හෝ දිනයන්
பரிசோதித்த திகதி அல்லது திகதிகள்
Date or Dates of Examination } .....

ඔහුගේ / ඇගේ අනන්‍යතාව ගැන සෑහීමට පත්වීද?
அபேட்சகரின் அடையாளம் திருப்தியானதா ?
Have you satisfied yourself of his / her identity? } .....

අත්සන හෝ මාපටැහිලි
පලකුණ හෝ උපන් ලපය
கையொப்பம் அல்லது பெரு
விரலடையாளம் அல்லது
பிறப்படையாளம்
Signature or Thumb mark
or Birth mark

1 අයදුම්කරු පිළිබඳ විස්තරය/ அபேட்சகரின் விவரணம் / Description of the Candidate:

(ඒ) උස (அ) உயரம் (a) Height	බර நிறை Weight	පපුවෙහි වට ප්‍රමාණය மார்பின் சுற்றளவு Circumference of Chest		නාභි මට්ටමේදී උදරයෙහි ප්‍රමාණය நாவியின் மட்டத்தில் அடிவயிற்றின் அளவு Abdominal Measurement at level of Naval
		සම්පූර්ණයෙන් ආශ්වාස කළ විට முழு உச்சுவாசத்தின் போது Full inspiration	සම්පූර්ණයෙන් ප්‍රාශ්වාස කළ විට முழு வெளிச்சுவாசத்தின் போது Full expiration	

ප්‍රශ්න / வினாக்கள் / Questions	පිළිතුරු / விடைக்கள் / Answers
(ඒ) උස ප්‍රමාණය (සාමාන්‍ය හැඩය) සහ විද්‍යමානවන සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය තත්ත්වය සම්බන්ධයෙන් කිවයුතු කරුණු (அ) உற்கட்டு (பொது அபிப்பிராயம்) பொது உடலம் பற்றிக் குறிப்புரை (*b*) Remarks on stature (general conformation), and apparent general health	
(සී) බර අනුපාතික ද? (இ) நிறை விகிதசமமானதா ? (*c*) Is the weight in proportion ?	
(ඩී) ශරීරයෙහි හැඩය සම්බන්ධයෙන් යම් විශේෂතාවක් හෝ විරූපතාවක් තිබේ ද? (ஈ) யாதேனும் குணவிசேடமோ அல்லது உருப்புக் குறைவோ உள்ளனவா ? (*d*) Is there any peculiarity or deformity in conformation ?	
2 වාහිනය/ இரத்த ஓட்டம் / Circulation –	
(ඒ) හෘදයෙහි ස්වභාවය - සෑම අතින්ම නිරෝගීවූත් සාමාන්‍යවූත් අන්දමින් පවතී ද? එසේ නොමැති නම් එහි පවතින යම් අසාමාන්‍ය ස්වභාවයක් සම්බන්ධයෙන් සඳහන් කරන්න. (அ) இருதயத்தின் நிலைமை எல்லா வகைகளிலும் திடமாயும், இயல்பாகவும் உள்ளதா ? அசாதாரண நிலைமை இருப்பின் குறிப்பிடுக. (*a*) Is the condition of the heart healthy and normal in every respect? If not, note any abnormal condition.	
(බී) නාඩි ප්‍රමාණය සහ ස්වභාවය කවරේ ද? (ஆ) இருதயத்துடிப்பின் குணமும் வீதமும் என்ன ? (*b*) What is the rate and character of the pulse?	
(සී) ධමනීන්ගේ ඝනවීමක් සිදුවන්නේ ද? (இ) நற்குருதிக் குழாய்கள் தடிப்பேறி இருக்கின்றனவா ? (*c*) Is there any thickening of the arteries ?	
(ඩී) රුධිර පීඩන ප්‍රමාණයන් (ஈ) இரத்த அமுக்கம் பற்றிய விபரங்கள் (*d*) Blood pressures	
3 ශ්වසනය / சுவாசம் / Respiration –	
(ඒ) පෙනහළුවල ස්වභාවය - සෑම අතින්ම නිරෝගීවූත් සාමාන්‍යවූත් අන්දමින් පවතී ද? එසේ නොමැති නම් එහි පවතින යම් අසාමාන්‍ය ස්වභාවයක් සම්බන්ධයෙන් විස්තර දක්වන්න.	

ප්‍රශ්න/ விளாக்கள் / Questions	පිළිතුරු/ விடைகள் / Answers
4 ජීරණය/ தீரணம் / **Digestion –** (ඒ) දිව, දත්, විදුරුමස්, කටය සහ නාසික මාර්ග යනාදියෙහි තත්ත්වය (அ) நாக்கு, பற்கள், முரசுகள், வாய் சுவாசத் துவாரங்களின் நிலைமை. (*a*) State of tounge, teeth, gums, faces and nasal passages (බී) අක්මාව, ඩිලාව සහ වෙනත් උදරීය ඉන්ද්‍රියයන්ගේ තත්ත්වය (ஆ) ஈரல், கல்ஈரல், மற்றைய அடிவயிற்று உறுப்புக்களின் நிலை. (*b*) State of liver, spleen and other abdominal organs (සී) රක්තරීතාභයෙන් පෙළෙන්නෙහි ද? (இ) இரத்தப் பெருக்கு ஏற்படுவதற்குரிய நிலைமையுள்ளதா ? (*c*) Whether subject to haemorrhoids?	
5. මුත්‍ර පරීක්ෂණය / சிறு நீர்ப் பரிசோதனை / **Examination of Urine –** (ඔබ විසින් පරීක්ෂණය කරන ලද මුත්‍ර අයදුම්කරුගේම බව ඔබ පිළිගන්නෙහි ද? .....) (பரிசோதிக்கப்பட்ட சிறு நீர் அபேட்சகருடையது என்பது திருப்பதிக்குரியதா ? .....) (Are you satisfied that the urine examined was passed by the candidate ? .....)	ප්‍රතික්‍රියා / எதிர்த்தா / Reaction විශිෂ්ට ගුරුත්වය / பிரத்தியேக கனம் / Specific Gravity ඇල්බියුමන් / அல்வுமின் / Albumen සීනි / சர்க்கரை / Sugar නික්ෂේපයන් / வண்டல் / Deposit
6 ස්නායු කෘත්‍යයෝ / நரம்புத் தொகுதியின் தொழில்கள் / **Nervous Functions–** (ඒ) අසාතය, වළිප්පුව, උමතු භාවය, හෝ බීමත්කම යනාදියෙන් පෙළෙන බව දැක්වෙන යම් ලක්ෂණ ආදියක් දක්නට තිබේද? (அ) பாரிசவாய்வு, வலி, பித்துக்குணம் முதலிய நோய்களின் சுவடுகள் அவதானிக்கக்கூடியதாயுள்ளதா ? (*a*) Any traces of paralysis, convulsion, insanity or inebriety observable? (බී) දණිස් සැල්ම සහ කනිනිකා ආදියෙහි අසාමාන්‍ය ස්වභාවයක් පවතින බව පෙනී යන්නේ ද? (ஆ) முழங்கால்களும், கண்பார்வைகளும் அசாதாரண நிலையில் உள்ளனவா ? (*b*) Are knee jerks and pupils abnormal ?	
7. මේවායෙහි යම් දෝෂයක් තිබේද ? கீழ்வருவனவற்றில் குறைபாடுகள் உண்டா ? **Any defects of –** (ඒ) දෘෂ්ටිය/ (அ) கட்புலன் /(*a*) Vision (බී) ශ්‍රවනය/ (ஆ) கேட்கும்சக்தி /(*b*) Hearing (සී) ස්වරය/ (அ) பேச்சு /(*c*) Speech	(ඒ) ඇස් කණ්නාඩි නොමැතිව / (அ) மூக்குக் கண்ணாடி இன்றி / (*a*) Without glasses — ආර්/வலம் / R, ඇල්/இடம் / L (බී) ඇස් කණ්නාඩි සහිතව / (ஆ) மூக்குக்கண்ணாடியோடு / (*b*) With glasses — ආර්/வலம் / R, ඇල්/இடம் / L (සී) වර්ණ දෘෂ්ටිය / (இ) நிறகட்புலன் / (*c*) Colour Vision — ආර්/வலம் / R, ඇල්/இடம் / L

සැ. යු.– ඇස් දෙකෙහිම දෘෂ්ටිය පහත දැක්වෙන ප්‍රමාණයට තිබිය යුතුය – එක් ඇසෙක දෘෂ්ටිය 6/12කට නො අඩු විය යුතුය. එක් ඇසක දෘෂ්ටිය 6/6ක් වන විට අනික් ඇසෙහි දෘෂ්ටිය 6/18ක් වේ නම් එබඳු ප්‍රමාණයක් ප්‍රමාණවත් යයි සැලකිය හැක. ඇස් කණ්නාඩි පාවිච්චි කිරීමට ඉඩ දිය හැක. එහෙත් ඔහුගේ ඇස් කණ්නාඩි ඩයොප්ටර 6කට වඩා ප්‍රබල වේ නම් එම අයදුම්කරු ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

குறிப்பு.– இருகட்புலன்களும் தனித்தனியே பின்வரும் நியமத்தை அடைந்திருத்தல் வேண்டும். ஒவ்வொரு கண்ணிலும் கட்புலன் 6/12 ற்குக் குறையாமல் இருத்தல் வேண்டும். ஒரு கண்ணில் புலன் 6/6 ஆக இருப்பின் மற்றக் கண்ணில் புலன் 6/18 ஆக இருந்தால் ஏற்றுக் கொள்ளப்படலாம். மூக்குக் கண்ணாடி அணிய அனுமதிக்கலாம். ஆனால் இவை 6 டயப்ரகிற்குப் பலமாக இருந்தால் அபேட்சகர் விலக்கப்படவேண்டும்.

N. B. – Vision with either eye must reach the following standard – Vision not less than 6/12 with each eye. If vision is 6/6 with one eye, vision of 6/18 with the other eye is accepted. Glasses may be allowed, but if these are stronger than 6 dioptres the candidate will be rejected.

ශ්‍රවණ පරීක්ෂණය.– එක් එක් කනක් සඳහා වෙන් වෙන්ව පැවැත්විය යුතුය. අඩි 20ක දුරක සිට සාමාන්‍ය සංවාදයෙහි කට හඬ ශ්‍රවනය කිරීමට හැකිවීම සාමාන්‍ය ශ්‍රවනය යනුවෙන් හැඳින්වේ. ශ්‍රවන භංගයක් පවතින බව පෙනී ගිය හොත් එම ශ්‍රවන භංගය 256 - 2048 දක්වා වූ සංඛ්‍යාතයන්ගෙන් ඩෙසිබෙල් 30කට අධික නොවිය යුතුය. (මෙය විශේෂඥයෙකු විසින් පැවැත්විය යුතුවේ.)

ஒவ்வொரு செவிகளினதும் கேட்கும் சக்திப்பரிசோதனை :– 20 அடிகளுக்குள் உரையிடும் சத்தம் கேட்கக்கூடிய சக்தியுள்ளவர் இயல்பான கேட்கும் சக்தியுள்ளவர் எனக் கருதலாம். காது கேட்கும் சக்தி குறைந்து இருந்தால், இது 30 டெசிவின் அதிர்வெண்கள் 256–2048 ற்குக்கூடியதாக 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 decibles in frequencies from 256–2048. (This is to be done by a Specialist.)

ප්‍රශ්න / வினாக்கள் / **Questions**	පිළිතුරු / விடைகள் / **Answers**
8. ප්‍රාන්ත සහ මතුපිට / முடிவும் மேற்பரப்பும் / **Extremities and Surface** –	
(ඒ) අයදුම් කාරයා ලෙස එන්නත් කරනු ලැබී ද? (அ) அபேக்ஷகருக்கு திருப்திகரமாக பால்வார்க்கப்பட்டுள்ளதா ? (*a*) Has the candidate been successfully vaccinated?	
(බී) ශල්‍යකර්ම, තුවාල හෝ රෝග ආදියක් නිසා ඇති වූ කැලැල් කිසිවක් තිබේ ද? (ஆ) சத்திரசிகிச்சை செய்ததால், காயம்பட்டதால் அல்லது வேறு நோய்களினால் ஏதாவது தழும்பு ஏற்பட்டுள்ளதா ? (*b*) Are there any scars from opreations, injuries or disease?	
(සී) ශිරා ඉදිමීමකින් හෝ යම්කිසි දරුණු චර්ම ආසාදනයකින් පෙළෙන්නෙහිද? (இ) வெளித்தோல் கடுமையாகப் பாதிக்கப்பட்ட நிலையோ அல்லது வெரிகோஸ் இரத்தக் குழாய்களோ உள்ளனவா ? (*c*) Are there varicose veins or any severe affection of the skin?	
(ඩී) වර්ධිමය, රල පුණ්ජය, අපස්ථිත පුණ්ජය යනාදි රෝගයන්ගෙන් පෙළෙන්නෙහි ද? (ஈ) கேணியா அல்லது விதிபருக்க விருத்தி தென்படுகின்றதா ? (*d*) Are hernia, hydrocele, varicocele present?	
(ඊ) කාම රෝග ලක්ෂණ කිසිවක් දක්නට තිබේ ද? (உ) மேகரோக அடிச்சுவடுகள் தென்படுகின்றனவா ? (*e*) Any trace of any venereal disease?	
9. 89 වැනි රෙගුලාපි සම්බන්ධයෙන් විශේෂයෙන් සලකා බැලීමේදී වෙනත් යම්කිසි ශාරීරික අඩුපාඩුවක හෝ රෝගයක ලක්ෂණ කිසිවක් ඇති බව පෙනී යයි ද? வேறு எவ்வித உடற்குறைபாடுகளோ அல்லது நோய்களோ உள்ளனவா என்பதை பிரமாணம் 89 ஐ விசேசக் குறிக்கோளாகக் கொண்டு குறிப்பிடுக. **Are** there indications of any other physical defect or disease with special reference to Reg. 89?	

සෞඛ්‍ය සේවා අධිකාරී

(1) .....මහතා / මහත්මිය / මෙනවිය විසින් 169 වැනි සාමාන්‍ය ආකෘති පත්‍රයෙහි කර ඇති ප්‍රකාශය සහ සහතික කිරීම මා විසින් කියවන ලද බවත්, (2) සාමාන්‍ය වෛද්‍ය රෙගුලාසි වලට අයත් 88 වැනි සහ 89 වැනි වගන්තිවල* දක්වා ඇති උපදෙස්වලට අනුව සහ 169 වැනි සාමාන්‍ය ආකෘතිපත්‍රයෙහි සවිස්තරව දක්වා ඇති සියලුම කරුණු සලකා බලමින්, සම්පූර්ණ පරීක්ෂණයක් පවත්වන ලද බවත්, එය මගේ මතය, මගේ පරීක්ෂණය සහ අයදුම්කරුගේ වෛද්‍ය ඉතිහාසය මත පදනම් කරගනු ලැබුවක් බවත් සහතික කරමි.

அதிபர், சுகாதார சேவை,

(1) பொதுப் படிவம் 169 ல் திரு. திருமதி / செல்வி ..... யால் செய்யப்பட்ட உறுதிமொழியை அவருக்கு வாசித்துக்காட்டி உறுதிப்படுத்தினேன். (2) பொது மருத்துவப் பிரமாணத்தின் * பிரிவுகள் 88, 89 இல் உள்ளபடியும் பொதுப் படிவம் 169 இல் குறிப்பிட்டுள்ள விபரங்கள் யாவையும் பூர்த்தி செய்தும், அபேட்சகரின் நோய்வரலாற்றை அடிப்படையாகக் கொண்டு பூரண பரிசோதனையை நிறைவேற்றியதன் காரணமாக எனது அபிப்பிராயத்தைத் தெரிவிக்கின்றேன், என நான் நட்சாட்சிப் 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.

.....මහතා / මහත්මිය / මෙනවිය පහත දැක්වෙන හේතූන් නිසා, දිවයිනේ ඕනෑම ප්‍රදේශයක සේවය කිරීමට සුදුසු බව / නුසුදුසු බව මගේ අදහසය.

திரு./திருமதி/செல்வி ..... இலங்கைத்தீவின் எப்பகுதியிலும் சேவையாற்றுவதற்கு தகுதியுள்ளவர் / 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 :–

....වෙතටයි

....

H 051459 – 100,000 (2018 / 06)P ශ්‍රී ලංකා රජයේ මුද්‍රණ දෙපාර්තමේන්තුව

(අයදුම්කරු විසින් සම්පූර්ණකොට වෛද්‍ය නිලධාරියාට භාරදිය යුතුයි)

_____ වශයෙන් _____ දෙපාර්තමේන්තුවේ පත්වීමක්

සඳහා තාවකාලික වශයෙන් තෝරා ගනු ලැබූ අයදුම්කරුවෙකු විසින් කරනු ලබන ප්‍රකාශය

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

මෙහි කරනු ලබන ප්‍රකාශයන් ගැන අයදුම්කරු වග කිව යුතුය. යම් තොරතුරක් ඔතැ කමින් ම යටපත් කළොත් ඔහුට පත්වීම තොලැබිය හැකිය.

සම්පූර්ණ නම : _____

ලිපිනය : _____

රක්ෂාව : _____

උපන් දිනය : _____ මිළඟ උපන් දිනට වයස : _____

උපන් ස්ථානය : _____ විවාහක ද අවිවාහක ද යන වග : _____

ඔබගේ අත් එත්තත් කිරීම සාර්ථක වී තිබේද ? _____

එසේ නම් අන්තිම වරට අත් එත්තත් කළ දිනය : _____

ඔබට මසූරිකා රෝගය වැළඳී තිබේද ? _____

නිතර නිතර කැස්ස, කෙළ සමග හෝ කහිත විට හෝ ලේ යාම, ඩුප්ඩුසාවරණ ප්‍රදාහය, යන මේ රෝගයකින් හෝ පෙණහැලි වල වෙනයම් රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියෙහිද ? _____

අන්ත්‍ර වෘද්ධිය, අර්ශස්, රක්තවාතය, අපස්මාරය හෝ ආක්ෂේපය යන මේ රෝගයකින් හෝ වෙන යම් තහරගත රෝගයකින් හෝ ඔබ පෙළී සිටියෙහිද ? _____

ඔබ වෙන යම් රෝගයකින් හෝ තදබල තුවාළයකින් හෝ පෙළී සිටියෙහි ද ? _____

සහජ අංගවිකලත්වයකින් හෝ පසුව ඇති වූ අංග විකලත්වයකින් හෝ ඔබ පෙළෙන්නෙහි ද ? _____

ඔබට කවද හෝ යම් ශල්‍යකර්මයක් කරන ලද්දේ ද ? එසේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර හා ශල්‍යකර්මය කළ දිනය ද ලියන්න : _____

දැන් ඔබ මනා සනීපයෙන් සිටිත්තෙහි ද ? _____

ඔබ මධ්‍යස්ථ ගති පැවතුම් ඇත්තෙක් ද ? _____

ඔබේ පවුලේ යම් කිසිවෙක් හෝ ඔබේ කිටිටු නෑයෙක් හෝ ක්ෂය රෝගයෙන් හෝ පෙණහැලි ගත වෙනයම් රෝගයකින් හෝ උමතු රෝගයකින් හෝ ආක්ෂේප රෝගයකින් හෝ පෙළෙන්නේද ? නැතහොත් පෙළී සිටියේද ?

පියා ජීවත් ව සිටී නම් ඔහුගේ වයස සහ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය	පියා මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග සහ පියා මිය යන විට වයස	මව ජීවත් ව සිටී 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 සහෝදරියන්ගේ ගණන හා ඔවුන්ගේ වයස්	මැරුණ සහෝදරයන්ගේ ගණන මැරෙන විට ඔවුන්ගේ වයස්, මළේ කවර රෝගයකින් ද යන වග

මවිසින් මේ ආකෘති පත්‍රයේ ලියන ලද පිළිතුරු සත්‍ය බවත්, වැදගත් කිසිම කරුණක් මවිසින් යටපත් නොකරන ලද බවත් මම මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

(අත්සන) _____

[අ. පි බ./P. T. O]

[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 loosing 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 desease 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) _____