

মাদকনির্ভরশীল রোগী ভর্তি রেজিস্টার

বহিঃবিভাগের রেজিস্ট্রেশন নম্বর:		তারিখ:										
ভর্তি ফি আদায়ের রসিদ নম্বর:		তারিখ:										
অন্তঃবিভাগে ভর্তির রেজিঃ নম্বর:		তারিখ:										
১	রোগীর নাম:											
২	বয়স: <sup>১</sup>	১৫ বছরের কম	১৫-৩৫ বছর	৩৬-৪৫ বছর	৪৬-৬০ বছর							
৩	ধর্ম: <sup>১</sup>	ইসলাম	সনাতন	বৌদ্ধ	খৃষ্টান	অন্যান্য						
৪	লিঙ্গ: <sup>১</sup>	পুরুষ	মহিলা	উভয়লিঙ্গ		ক্লীবলিঙ্গ						
৫	শিক্ষাগত যোগ্যতা: <sup>১</sup>	৫ম শ্রেণী		এসএসসি	এইচএসসি	গ্রাজুয়েট	মাস্টার্স					
৬	বৈবাহিক তথ্য: <sup>১</sup>	অবিবাহিত	বিবাহিত	পুনবিবাহিত	আলাদা বসবাস করেন		বিগত	তালক প্রাপ্ত				
৭	পেশা: <sup>১</sup>	বেকার	ব্যবসা	চাকুরী	শ্রমিক	গাড়ীচালক	ছাত্র					
	কৃষিকাজ	রিকসা চালক	অন্যান্য									
৮	বার্ষিক আয়(নিজের):				৯ বার্ষিক আয়(অভিবাবকের):							
১০	বর্তমান ঠিকানা: রাস্তা/মহল্লা/গ্রামের নাম বাড়ী নং এ্যাপার্টমেন্ট/ফ্ল্যাট নং ইউনিয়নের নাম উপজেলা/থানার নাম জেলা/মহানগরের নাম										রাস্তার নং	
১১	স্থায়ী ঠিকানা: রাস্তা/মহল্লা/গ্রামের নাম রাস্তার নং বাড়ী নং এ্যাপার্টমেন্ট/ফ্ল্যাট নং ইউনিয়নের নাম উপজেলা/থানার নাম জেলা/মহানগরের নাম											
১২	টেলিফোন নম্বর (আবাসিক) (যদি থাকে):											
	মোবাইল ফোন নম্বর (যদি থাকে):											
১৩	ই-মেইল নম্বর(যদি থাকে):											
১৪	অভিবাবকের নাম:											
১৫	রোগীর সাথে সম্পর্ক:											
১৬	অভিবাবকের ঠিকানা: রাস্তা/মহল্লা/গ্রামের নাম বাড়ী নং এ্যাপার্টমেন্ট/ফ্ল্যাট নং ইউনিয়নের নাম উপজেলা/থানার নাম জেলা/মহানগরের নাম										রাস্তার নং	
১৭	অভিবাবকের টেলিফোন নম্বর (আবাসিক) (যদি থাকে):											
	মোবাইল ফোন নম্বর (যদি থাকে):											

<sup>১</sup> প্রযোজ্য ঘরের পার্শ্বের খালি ঘরে টিক চিহ্ন দিন।

১৩

১৮	আসক্ত ড্রাগের নাম: (নীচের খালি ঘরে টিক চিহ্ন দিন)										
		হেরোইন	ফেনিডিল	ইনজেকশন	গাজা	ঘুমের ঔষধ	ইয়াবা	গু	এ্যাকোহল	পলি ড্রাগস	অন্যান্য
	আসক্তি কাল										
	গ্রহণের পদ্ধতি										
	লাইফ টাইম										
১৯	অন্য কোন চিকিৎসক/হাসপাতাল থেকে প্রেরণ করা হয়ে থাকলে তার বর্ণনা:										
২০	কাউন্সেলর এর নাম:										
২১	গ্রুপ থেরাপি সেশনে অংশগ্রহণের সংখ্যা:										
২২	কাউন্সেলিং সেশনে অংশগ্রহণের সংখ্যা:										
২৩	ফ্যামিলি কাউন্সেলিং সেশনে অংশগ্রহণের সংখ্যা:										
২৪	পুনর্বাসনের জন্য গৃহীত কার্যক্রমের বর্ণনা:										
২৫	অন্য কোন চিকিৎসক এর নিকট/ হাসপাতালে প্রেরণ করা হয়ে থাকলে তার বর্ণনা:										
২৬	ড্রপ আউট/চিকিৎসার মেয়াদ বর্ধিতকরণের কারণ:										
২৭	ছাড়পত্র প্রদানের তারিখ:										
২৮	যে রোগের চিকিৎসা প্রদান করা হয়েছে:										
২৯	রোগীর প্রতি পরামর্শ:										
৩০	ফলোআপ:										

ওয়ার্ড/কেন্দ্রের দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার নাম, স্বাক্ষর ও সীল	রেসিডেন্ট সাইকিয়াট্রিস্ট/বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের নাম, স্বাক্ষর ও সীল
---	---

১৩