

(II)

රෝගියාගේ දරුවන්ගේ තොරතුරු நோயாளியின் பிள்ளைகளின் விபரம்			
අවු.50 අවු 05 වයසிற்கු	පාසල් යන පාඨසාලය	රැකියා කරන තොමුව	වෙනත් විභාග

B.கொட்ப/தொகுதி

3. 1. வகுவது ருர்டுய ஈகி பூ காலுயன் பது ருமிரய பரிபதது கிரீத ஈரரித கல
சிறுநீரக நுாய ஏற்பட்ட காலத்தின் பின்னர் குருதியினைச் சத்தஞ் செய்தல். ஆரம்பிக்கப்பட்ட தினம்

உரிச்சொல்/வருடம்

ஒலைய/ மாதம்

தேயல்/ தினம்

11. பூவினார் டொயன்னா ரோயல் - சிகிச்சை பெற்று வரும் வைத்தியசாலை

- [illegible]

- I. இலா கயெர் (அகிலம்)நிதிசார் உதவி (ரூபா) -

- II. சாட்சிகள் பீதியாடர்/அங்கவன் வாழ்வாதார உதவி-

- II. தலை அகலப் பொருள்சார் உதவி -

தெலி வகுவது ரேயுமென் பௌனநக வப ட ஓவற ஈடறன் தோரதூர் திவூரடி வபவன் வெறன் ப்ராடேடிய
 லேகை கார்யாலகின் தெல புமாரய ஈடறா ஓட்பூமி தோகல வபவன் மெயின் ப்ருகாற கர சிவிதி.
 நான் சிறுநீரக நோயினால் பீக்கப்பட்ட ஒருவர் என்பதையும் மேற்குறிப்பிட்ட தகவல்கள் சரியானது
 என்பதையும் மற்றும் ஏனைய பிரதேச செயலகத்தினூடாக இவ்வதவிக்கான வேண்டுகோளினை
 முன்வைக்கவில்லை என்பதையும் இத்தால் பிரகடனஞ் செய்கின்றேன்.

தேயல்/ திகதி

ரே'கியாதே அன்ஸா/நோயாளியின் ஒப்பம்

සැ.ප්‍ර.ඇ.ප්‍ර.ප්‍ර.ම 2 ආකෘතිය අනුව වතුගඩු රෝගීයෙකු බව තහවුරු කෙරෙන වෛද්‍ය නිර්දේශය අමුණා තිබිය යුතුය.

வி.க.(இணைப்பு 2 படிவத்திற்கு அமைய) சிறுநீரக நோயாளி என்பதனை உறுதிப்படுத்தும் மருத்துவ அறிக்கையினை இணைக்கவும்.)

Serial Number:

**MEDICAL CERTIFICATE
KIDNEY DISEASE ASSISTANCE**

MINISTRY OF PRIMARY INDUSTRIES AND SOCIAL EMPOWERMENT

1. Name of Patient:.....
(රෝගියාගේ නම)
2. Age :.....
(වයස)
3. Sex :.....
(ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය)
4. Address :.....
(ලිපිනය)
5. Name of Clinic/ Hospital:.....
(සායනයේ/රෝහලේ නම)

Ward No :.....
(වාට්ටු අංකය)

Clinic No:.....
(සායන අංකය)

I, hereby declare that I am suffering from Kidney disease. I have not applied for Kidney assistance through any institution and I am aware that if I have done so before without the knowledge of the last certifying officer, or do not regularly attend the clinics, I would be subject to stoppage of the Kidney assistance provided to me without a prior notice and it will not be restored under any circumstances.

මා වකුගඩු රෝගයෙන් පෙළෙන බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. මා මෙයට කලින් වෙනත් ආයතනයක මාර්ගයෙන් වකුගඩු රෝගීධාරී ඉල්ලා නැති අතර අවසාන වරට වෛද්‍ය සහතික නිකුත් කරන නිලධාරියා නොදැනුවත්ව කලින් එසේ ආධාර මුදල් ඉල්ලා තිබේ නම් හෝ අඛණ්ඩව සායන වලට සහභාගී නොවන්නේ නම්, මට ලැබෙන ආධාර මුදල දැනුම් දීමක් නොමැතිව තතර කරනු ලබන බවත්, කිසිම කරුණක් නිසා හෝ යළිත් එම ආධාර මුදල් ආපසු මට නොලැබෙන බවත් මම දනිමි.

.....
Signature of the Patient/රෝගියාගේ අත්සන

6. This is to certify that Rev./Mr./Mrs./Miss.....of
.....is suffering from Kidney Disease and is taking regular treatment at this institution as an indoor/ outdoor patient.

6 A. eGFR

6 B. Dialysing patients

YES

NO

Dialysing commenced on

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

7. I recommend that he/she be given assistance from month:.....

Date:.....

.....
Nephrologist/ Consultant V.P.
Consultant V.P./Medical Officer.

- Medical Officer (if clinic records indicate that Nephrologist/ Consultant V.P. has diagnosed him/ her as a Kidney patient and following treatment for more than 03 months)