

ગુજરાત યુનિવર્સિટી આરોગ્ય કેન્દ્ર

પરિપત્ર

ગુજરાત યુનિવર્સિટી સંલગ્ન કોલેજોમાં પ્રથમવાર પ્રવેશ મેળવતા તમામ વિદ્યાર્થીઓની તબીબી તપાસ તા. 30/8/03ની એક્ઝિક્યુટીવ કાઉન્સિલમાં બાબત નં 18 મંજૂર થયા પ્રમાણે કરવી ફરજિયાત છે. આ તપાસ કોલેજોએ કરવી અને વિદ્યાર્થીઓએ કરાવવાની ફરજિયાત છે. જેની કાર્યવાહી દરેક કોલેજોએ કરવાની રહેશે. તથા તેનો રિપોર્ટ ગુજ.યુનિ.આરોગ્ય કેન્દ્ર ખાતે મોકલી આપવો.આ સાથે જરૂરી ફોર્મ્સ સામેલ છે.

આભાર સહ,

આપનો વિશ્વાસુ,
ડો.શૈલેષ રાવલ
કા.આર.એમ.ઓ
(સહિ અવાચ્ય)

GUJARAT UNIVERSITY

Form No.

STUDENT MEDICAL EXAMINATION FORM

| (Student should fill-up/વિદ્યાર્થીએ ભરવું) | | |
|--|---|--|
| 1 Name : | 2 Age | Years Months |
| 3 Class | Roll No. Division | Name of College |
| 4 A. Address (Permanent) : કાયમી સરનામું : | | 5 Tel No. |
| | | 6 Date of Birth |
| હાલનું સરનામું : (Temporary Address) : | | 7 Married/Unmarried |
| | | 8 Habit (ટેવ) (Tobacco Drugs, Alcohol, etc.) |
| 4 B. નિવાસ સ્થાનથી કોલેજનું અંતર (આશરે) Distance of College | | |
| 4 C. કેવી રીતે પહોંચે છે? ચાલતા/બસમાં/સાઈકલ/મોટરસાઈકલ/સ્કુટર-લ્યુના Vehicle if any? Walkable Distance /by Bus/by Cycle by Scooter, Motor Cycle etc. | | |
| 9 Vegetarian/Non Vegetarian-શાકાહારી/મિસાહારી | 10. Hobby - શોખ | |
| 11. Identification marks-ઓળખચિન્હ કયાં છે? તલ/લાખું/ધા—Mole-Naevos-Scar | | |
| 12. Complaint-શારીરિક-Physical | | |
| 13. Psychic (નોટિસ બોર્ડ જોશો) માનસિક તકલીફ | રૂબરૂ જણાવશો : | |
| 14. *Past history of Diseases, Operation, Accident ભૂતકાળમાં આવેલ બિમારી, ઓપરેશન, અકસ્માત | [માતા પિતાને પૂછવું/Ask your Parents] | |
| 15. *Family History of Disease on either side of parent e.g. convulsions, hysteria, cancer, Tb, Deaf & Dumb from Birth, Diabetes, Asthma, Heart Disease, High B.P., Insanity કૌટુંબિક (પિતૃપક્ષે આવેલ બિમારી) માતૃપક્ષ બિમારી દા.ત. : વાઈ, કેન્સર, ક્ષય, જન્મથી બહેરા-મુંગાપણું ડાયાબિટિસ, દમ, હૃદય રોગ, બ્લડ પ્રેશર, માનસિક બિમારી | [માતા પિતાને પૂછવું/Ask your Parents] | |
| 16. **Immunization/રસી લીધી છે? (નોટિસ બોર્ડ વાંચો) Notice Board Tet. Toxoid/MMR/Hepatitis B ધનૂર/એમએમઆર/ હેપેટાઈટીસ બી Typhoid vaccine-ટાઈફોઈડની રસી | [માતા/પિતા/તમારા ડૉક્ટરને પૂછો / Ask your Parents/Family Doctor] | |
| 17. Exercise/કસરત કરે છે કે કેમ? કયા પ્રકારની | | |
| 18. દુધ પીવો છો? કેટલું? કેટલા ફેટનું? Do you take Milk? % of fat in milk | | |

| | | |
|--|---|--|
| 19. सामान्य रीते जोराक देवानी विगत अंक वजत/बेवजत/बे थी वधु वजत | | |
| 20. | How frequently you take Meals? Once/Twice/More than twice | |
| 21. | उपवास करो छो? विगत आपो. Do you observe Fast? Give Detail | |
| College should fill-up | | |
| 1 | Height/उंचाई (सेमी) | |
| | Weight (किलोमी) | |
| Doctor will fill-up | | |
| 1 | Heart / B.P. / Pulse | |
| 2 | Anaemia Skin/Nail | |
| 3 | Resp. System | |
| 4 | Digestive System, Liver, Spleen | |
| 5 | Nervous System | |
| 6 | Renal System/Genito Uri. System | |
| 7 | Phimosi s-Undescended Testis ? Hernia-Hydrocele | |
| 8 | Menstrual History/रुग्णत्व | |
| 9 | Gynaec. Problem/स्त्रीरोग; Breast exam. Leucorrhoea : Dysmenorrhoea etc. | |
| 10. Refraction : | User glasses/Contact lense | Rt |
| | Still require Correction | It |
| | Not using glasses/CL | |
| 11. | Colour/Vision | |
| 12. | Ear, Nose, Throat (DNS, Tonsillitis, CSOM, Sub Mucos Fibrosis, ASOM) | |
| 13. | GUMS / Teeth / Caries / Tartar | |
| 14. | Lymph Glands | |
| 15. | Skin Disease , Eczema, Tinea Scabies | |
| 16. | BONE/JOINT/Muscle Pain/ | |
| 17. | Defect/Deformity | |
| 18. | Psychic Problem | Please do not write here. Keep separate list of such students. |
| | Doctor 's Observation of Health दाकतरी नांथ | Poor/Good/Fair/Best |
| | Medical Advice/दाकतरी सलाह | |
| | Signature of Doctors : | |
| | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| Student' s Signature | | |

Medical Advice Slip
વિદ્યાર્થીને આપવાનાં સૂચનો

Form No.

| Name of Student | Division | Roll No. | Complaint |
|-----------------|----------|----------|-----------|
| | | | |

He/She is having (Diagnosis)

He/She is advised to see Consultant

Investigation

Treatment

તે/તેણીને.....ની તકલીફ છે.

તેને.....નિષ્ણાતને મળવું જરૂરી છે.

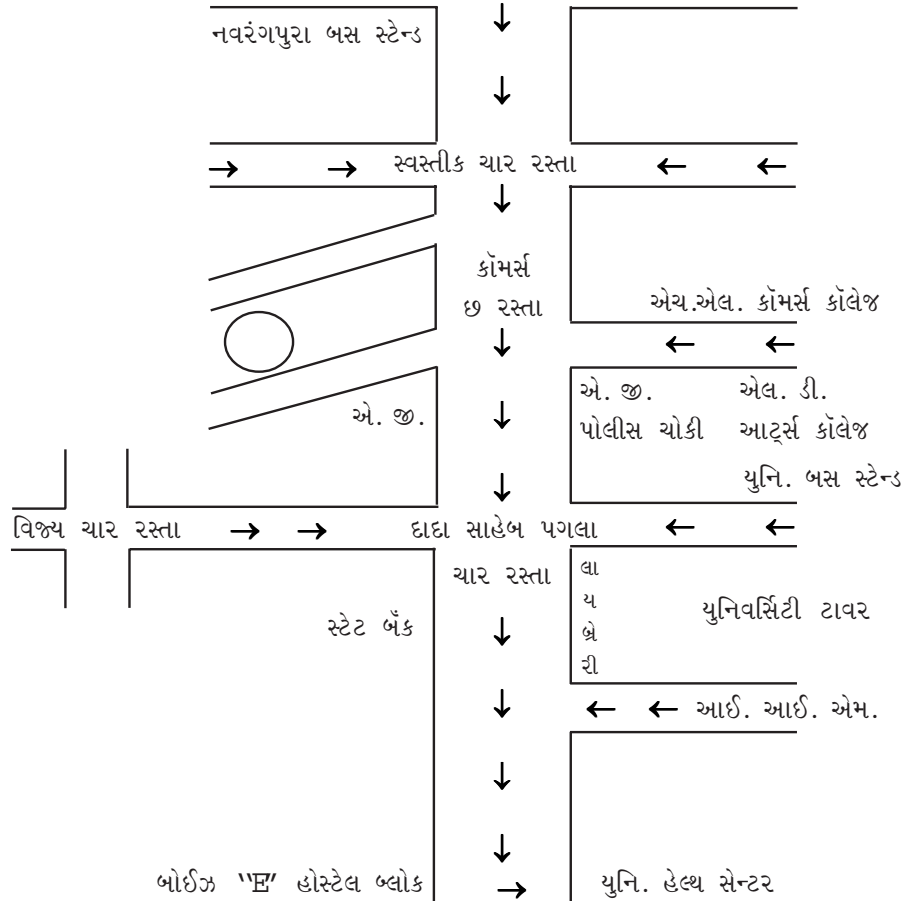
નીચેની તપાસ કરાવવી જરૂરી છે/નીચે પ્રમાણે સારવાર અત્યંત જરૂરી છે.

Signature of Doctor/Medical Officer



Signature of College Principal

નવરંગપુરા બસ સ્ટેન્ડથી યુનિવર્સિટી હેલ્થ સેન્ટર



ગુજરાત યુનિવર્સિટી આરોગ્ય કેન્દ્ર

આ આરોગ્ય કેન્દ્રમાં નીચેના માનદ તબીબોની સેવા ઉપલબ્ધ છે .:

| | |
|---|---|
| ૧. માનદ ફિઝિશિયન (Hon. Physician) | : મંગળ, શુક્ર, સાંજે ૪-૩૦ વાગ્યે : Tuesday, Friday 4-30 p.m. |
| ૨. માનદ નાક/કાન/ગળાના નિષ્ણાત સર્જન (Hon. ENT Surgeon) | : મંગળવાર, સાંજે ૪-૩૦ વાગ્યે : Tuesday, 4-30 p.m. |
| ૩. માનદ સ્ત્રી રોગના નિષ્ણાત (Hon. Gynecologist) | : મંગળવાર, ગુરુવાર સાંજે ૪-૦૦થી ૫-૦૦ વાગ્યે : Tuesday, Thursday 4-00 p.m. to 5-00 p.m. |
| ૪. માનદ માનસિક રોગના નિષ્ણાત (Hon. Psychiatrist) | : બુધવાર સવારે ૯-૦૦થી ૧૦-૦૦ વાગ્યે : Wednesday 9-00 a.m. to 10-00 a.m. |
| ૫. માનદ ચામડીના રોગના નિષ્ણાત (Hon. Dermatologist) | : બુધવાર સવારે ૧૦-૦૦ વાગ્યે : Wednesday 10-00 a.m. |
| ૬. માનદ હાડકાનાં રોગના નિષ્ણાત (Hon. Orthopedic) | : બુધવાર સાંજે ૪-૦૦થી ૫-૦૦ વાગ્યે : Wednesday 4-00 p.m. to 5-00 p.m. |
| ૭. માનદ બાળકોના રોગના નિષ્ણાત (Hon. Pediatrician) | : સોમવાર, ગુરુવાર સવારે ૧૦-૩૦ વાગ્યે : Monday, Thursday 10-30 a.m. |
| ૮. માનદ સાયકોથેરાપિસ્ટ નિષ્ણાત (Hon. Psychotherapist) | : બુધવાર સવારે ૯-૦૦થી ૧૨-૦૦ વાગ્યે : Wednesday, 9-00 a.m. to 12-00 a.m. |
| ૯. માનદ ફિઝિયોથેરાપિસ્ટ (Hon. Physiotherapist) | : સોમવારથી શનિવાર સવારે ૮-૩૦ વાગ્યે : Monday to Saturday 9-00 a.m. |

ઉપરાંત નિવાસી તબીબી અધિકારી અને લેડી મેડિકલ ઓફિસરની સેવા નીચેના સમયે મળશે.

નોંધ : માનદ તબીબો (સ્પેશ્યાલીસ્ટ)ની સેવા માટે અગાઉથી ફોન કરીને આવવા વિનંતી છે.

| | |
|--|---|
| કેસ કાઢવાનો સમય : | |
| સવારે : ૮-૩૦થી ૧૧-૪૫ સોમવારથી શુક્રવાર Time : Morning : 8-30 to 11-54 a.m. Monday to Friday | સવારે : ૮-૩૦થી ૧૨-૪૫ : શનિવાર 8-30 a.m. to 12-45 a.m. Saturday |
| સાંજે : ૪-૦૦થી ૫-૪૫ Evening : 4-00 p.m. to 5-45 p.m. | |

કાર્ડિયોગ્રામ, એક્ષ-રે, સ્કીનિંગ તથા પેથોલોજી લેબોરેટરીની પણ સગવડ ઉપલબ્ધ છે.

વધુ વિગત માટે જોડો ફોન નં. ૨૬૩૦૦૧૨૪ (કામકાજના સમય દરમિયાન)

Phone No. 26300124

સૂચનો :

- (૧) ઉપરોક્ત સેવાઓ યુનિવર્સિટીના કર્મચારીઓ તેમનાં કુટુંબીજનો તથા સંલગ્ન કોલેજોમાં અભ્યાસ કરતા વિદ્યાર્થી-ભાઈબહેનો પૂરતી જ છે.
- (૨) આરોગ્ય કેન્દ્ર પર આવતી વખતે ઓળખપત્ર સાથે હોવું જરૂરી છે.

(Final Report to be Submitted)

Name of the College :

Name of the Doctor/Medical Officer :

Total No. of Students examined :

(Boys : Girls :)

Report of Student Medical Check up

Year : 20 - 20

| No. | Medical Problems | Total No. of students | Boys | Girls |
|-----|-------------------------------------|-----------------------------|------|-------|
| 1 | Underweight | | | |
| 2 | Obesity | | | |
| 3 | Ref. Error | | | |
| 4 | Change of Glasses | | | |
| 5 | Dental & Gum Problem | | | |
| 6 | Ear, Nose, Throat Problem | | | |
| 7 | Palpable Lymph, Glands/Spleen/Liver | | | |
| 8 | Skin Disease | | | |
| 9 | Lack of Personal Hygiene | | | |
| 10. | Ethimosis | | | |
| 11 | Hydrocele | | | |
| 12. | Hernia | | | |
| 13. | Gynac. Problem | | | |
| 14. | High B.P. | | | |
| 15. | Anaemia | | | |
| 16. | Anxiety | | | |
| 17. | Depression | | | |
| 18. | Any other problem | | | |

Signature of Principal

Signature of Doctor/M.O.

Phone : 26300124

GUJARAT UNIVERSITY
HEALTH CENTRE
Ahmedabad-380 009

મેડીકલ ચેકઅપ માટે જરૂર લાગે તો ગુજરાત યુનિવર્સિટીના કાર્યક્ષેત્ર નીચે કામ કરતી હેલ્થ ટીમના સંપર્ક માટે નીચેના ડૉક્ટરશ્રીઓનો સંપર્ક કરવો.

| ક્રમ | નામ | ફોન નંબર |
|------|-----------------------|------------------------|
| (૧) | ડૉ. ઉર્વશીબેન સુતરીયા | 9979856077 27910354 |
| (૨) | ડૉ. નીતાબેન ફડીયા | 26606964 |