

Call Up No :

HEALTH DECLARATION AND EXAMINATION FORM

OFFICER CADETS



GENERAL SIR JOHN KOTELAWALA DEFENCE UNIVERSITY

RATMALANA

- 1 **கොටை I** - **கிண்புயல் புகாரை**
Part I - **Declaration by the Candidate**
பாகம் I - **விண்ணப்பதாரியினால் வெளிப்படுத்தப்படல்வேண்டும்**

தலைப்ப Name தலைப்ப	ஊர் Mr திரு	ஊர் Ms திருமதி
முதல் பெயர் First Name (s) முதல் பெயர்		
மத்திய பெயர் Middle Name மத்திய பெயர்		
குடும்ப பெயர் Surname குடும்ப பெயர்		

பிறந்த தேதி Date of Birth பிறந்த தேதி	d	d	m	m	y	y	y	y
--	---	---	---	---	---	---	---	---

ஆள்காலத்தில் உள்ள வயது Age as at date of enlistment ஆள்காலத்தில் உள்ள வயது	d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---	---

பாலினம் Gender பால்	ஆண் Male ஆண்	பெண் Female பெண்
--	---	---

பின்புல முகவரி Postal Address : தபால் முகவரி :	
பின்புல குறியீடு Post Code : இடுகைகள் குறியீடு :	

தொலைபேசி (கூடுதல்) Telephone (Home) : தொலைபேசி (கூடுதல்) :										
தொலைபேசி (பின்புல) Telephone (Mobile) : தொலைபேசி (பின்புல) :										

மின்னஞ்சல் முகவரி E-mail : மின்னஞ்சல் முகவரி :	
---	--

பின்புல முகவரி முறை Mode of Identification பின்புல முகவரி முறை													
பின்புல முகவரி முறை National Identity Card பின்புல முகவரி முறை													
பின்புல முகவரி முறை Passport பின்புல முகவரி முறை													

සාමාන්‍ය සෞඛ්‍ය තත්වය General Health பொதுவான உடனலம்				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
1	1.1	ආසාත්මිකතාවයන් Any known allergies அறியப்பட்ட ஏதேனும் ஒவ்வாமைகள்		
	1.2	මෞෂධ සඳහා ආසාත්මිකතාවයන් Allergies to any medication/ drug ஏதாவது மருந்து அல்லது சிசிச்சை முறை ஒவ்வாமை		
	1.3	වර්ම රෝග (උදා : රක්තවාතය) Dermatitis, eczema or any skin problems தோல் சம்பந்தமான நோய்கள் (சிரங்கு முதலியன)		
	1.4	ගෞත ගැසීම ඇතුළු අනෙකුත් කපා කිරීමේ අපහසුතා Stutter or Stammer மந்தநா திக்குவாய் போன்ற பேச்சு குறைபாடுகள்		
	1.5	දියවැඩියාව Diabetes mellitus நீரிழிவு		
	1.6	කොලෙස්ටරෝල් සහ අධිරුධිර පීඩනය Hyper lipidemia / hypercholesterolemia/Hypertension கொலஸ்தரோல் மற்றும் உயர் குருதியழுக்கம்		
	1.7	රක්තහීනතාවය, තලුසීමියාව අනෙකුත් ලේ ආශ්‍රිත රෝග තත්වයන් Blood disorders including anemia and thalasemia குருதிச்சோகை, தலிசீமியா உட்பட குருதி சம்பந்தமான நோய்கள்		
	1.8	ගලගණ්ඩය ඇතුළු අන්තරාසථි පද්ධතිය ආශ්‍රිත රෝග තත්වයන් Thyroid Diseases or any other endocrine disorders அல்லது ஏனைய ஏதாவது நாளமற்ற சுரப்பி நோய்கள்		
	1.9	මස්පිඩු පෙරලීම් Frequent muscle cramps தொடர் தசைப்பிடிப்பு		
	1.10	හර්නියා රෝග තත්වයන් Hernia குடல் இறக்கம்		
	1.11	සමාජ රෝග Sexually transmitted diseases பாலியல் சம்பந்தமான நோய்கள்		
	1.12	ඒඩ්ස් HIV / AIDS எய்ட්ස්		
	1.13	අසාමාන්‍ය අස්ථි /මස්පිඩු වැඩිම්, පිලිකා රෝග තත්වයන් Tumor, abnormal growths, cysts, cancers or cancer therapy கட்டிகள், அசாதாரண உள்வளர்ச்சிகள், நீர்க்கட்டிகள், புற்றுநோய்கள்		

පවුල් සෞඛ්‍ය තත්වය Family History குடும்ப சுகாதார நிலை				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
2	2.1	මානසික රෝග Psychiatric illness மனநோய்கள்		
	2.2	කෂය රෝගය Tuberculosis (TB) காச நோய்		
	2.3	අධිරුධිර පීඩනය Hypertension (HPT) உயர் குருதியழுக்கம்		
	2.4	අසාමාන්‍ය රුධිර වහනය වීම් Bleeding disorders குருதிப்பெருக்கு நோய்கள்		
	2.5	සම්බන්ධ පටක ආශ්‍රිත රෝග Connective tissue disorders தொடுப்பு இழையம் சார்ந்த நோய்கள்		
	2.6	ඇස්තුම Asthma ஆஸ்துமா / ஈனழ		

ස්නායු පද්ධතිය / මානසික ඒකාග්‍රතාවය Nervous System/ Menial Stability நரம்புத் தொகுதி / உளவியல் நிலைப்பாடு				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
5	5.1	ක්ලාන්තය, කරකැවිලිල නිතර ඇතිවීම Recurrent fainting, dizziness or blackout அடிக்கடி மயக்கம் அல்லது தலைசுற்றுதல் ஏற்படல்		
	5.2	වලිප්පුව Epilepsy, fits, or seizures காக்கை வலிப்பு, வலிப்பு		
	5.3	දීර්ඝ කාලීන හෝ නිතර මතු වන හිසේ කැක්කුම Frequent or sever headache தொடர் அல்லது கடின தலைவலி		
	5.4	ඉරුවාරදය Migraine ஒற்றைத்தலைவலி		
	5.5	අමතකවීම් හා සිහි නැතිවීම් Loss of memory / amentia நினைவிழத்தல் / ஞாபகமறதி		
	5.6	නිදාගැනීමේ අපහසුතා Difficulty in falling asleep தாக்கமின்மை		
	5.7	නින්දෙන් ඇවිදීම Sleep walking தாக்கத்தில் நடத்தல்		
	5.8	හිසට හෝ මොළයට සිදුවූණු අනතුරු Any significant head injuries தலையில் ஏற்பட்ட ஏதாவது அறியப்பட்ட காயங்கள்		
	5.9	අංශාගාය (ලදරු අවධියේදී හෝ) Paralysis (including infantile) பக்கவாதம் (குழந்தைப் பருவம் உட்பட)		
	5.10	පූර්ව කලහකාරී හැසිරීම් Previous aggressive behaviors முன்னைய (திடீர் கோப) அசாதாரண நடத்தைகள்		
	5.11	මානසික ආතතිය හෝ දැඩිලෙස කම්පා වීම Depression or excessive worry விரக்தி அல்லது அதீத கவலை		

ආහාර ජීර්ණ පද්ධතිය Digestive (gastro intestinal) system சமீபாட்டுத் தொகுதி				
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	
6	6.1	දන් හා විදුරුමස් රෝග Server tooth or gum disorders பற்கள் மற்றும் முரசுகள் சார்ந்த நோய்கள்		
	6.2	ආමාශගත රෝග (උදා : ගැස්ට්‍රයිටිස්) Stomach disorders, gastritis இரைப்பை நோய்கள், இரைப்பை அழற்சி		
	6.3	නිතර ඇතිවන උදරයේ අපහසුතා සහ බඩ පුරවා දැමීම Frequent indigestion அடிக்கடி உணவு சமீபாட்டின்மை		
	6.4	ඇඟ කහ වීම හෝ සෙංගමාලය Jaundice or hepatitis மஞ்சள் காமாலை அல்லது ஈரலழற்சி		
	6.5	නිධන් ගත අක්මාව හා පිත්තාශය ආශ්‍රිත රෝග Chronic liver or gallbladder disorders including gallstones நாட்பட்ட ஈரல் மற்றும் (பித்தப்பை உட்பட) பித்தப்பை நோய்கள்		
	6.6	ගුද මාර්ගය ආශ්‍රිත රෝග Painful anal conditions கழியறை சார்ந்த நோய்கள்		
	6.7	මලබද්ධය සහ අධෝමුඛයෙන් සිදුවන ලේ වහනය වීම Hemorrhoids and bleeding per rectum மூல வியாதி மற்றும் மலக்குடல் இரத்தக்கசிவு		

<p style="text-align: center;">மொது லிங்கை படிமகிச Genito-Urinary system இனப்பெருக்க - சிறுநீர் தொகுதி</p>				
		<p style="text-align: center;">ஔ Yes ஆம்</p>	<p style="text-align: center;">ன No இல்லை</p>	
7	7.1	<p>இறு கிர்மே அபஹஹ Difficult in passing urine சிறுநீர் கழித்தல் அசௌகரியம்</p>		
	7.2	<p>இறு ஃமற லே பிஃபிஃ Blood in urine சிறுநீருடன் குருதி வெளியேறுதல்</p>		
	7.3	<p>இறு ஂ Kidney stones சிறுநீரகக் கல்</p>		

<p style="text-align: center;">பேஃம Vision பார்வை</p>				
		<p style="text-align: center;">ஔ Yes ஆம்</p>	<p style="text-align: center;">ன No இல்லை</p>	
8	8.1	<p>Any eye surgery அஃ அஃக ஂஃகஃ கண் சம்பந்தமான ஏதாவது அறுவைச்சிகிச்சை</p>		
	8.2	<p>Impaired vision in either eye ஃக் அஃக ஂஃ பேஃம ஃர்ஃஃ ஃ ஃரு கண்ணிலேஂஂ பார்வைக் கோளாறு</p>		
	8.3	<p>Wear corrective lenses ஃகிஃ அஃகஃஃ ஃஃஃஃஃ ? செயற்கை வில்லை அணிகின்றீர்ஃ</p>		
	8.4	<p>ஃஃஃ ஃஃ ஂஃ ஃஃஃஃஃ ஃஃஃஃ ஃஃஃ Squints or double vision பக்கவாட்டுப் பார்வை அல்லது இரட்டைப் பார்வை</p>		

<p style="text-align: center;">ஃஃ, னஃஃ னஃ ஃஃ ENT (Ear, Nose and Throat) காது, ஃஃஃ ஂஃஃஃஃஃஃஃ</p>				
		<p style="text-align: center;">ஔ Yes ஆம்</p>	<p style="text-align: center;">ன No இல்லை</p>	
9	9.1	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Wear a hearing aid கேள்வி ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		
	9.2	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Recurrent ear infection அஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		
	9.3	<p>ஃக் ஃஃஃஃஃ ஂஃ அஃ அஃஃஃஃஃ அஃஃஃஃஃ Hearing impairment of either ear ஏதாவது ஃரு காதிலேஂஂஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		
	9.4	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Chronic sinus infection (sinusitis) ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		

<p style="text-align: center;">அஃஃஃ ஃஃஃ ஂஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Musculoskeletal system வன் ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>				
		<p style="text-align: center;">ஔ Yes ஆம்</p>	<p style="text-align: center;">ன No இல்லை</p>	
10	10.1	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Swollen or painful joints ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		
	10.2	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Arthritis, rheumatism or bursitis ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		
	10.3	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Any foot deformities ஏதாவது பாதம் சார் ஂஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		
	10.4	<p>ஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ Bone, joint or other deformity ஂஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃஃ</p>		

10.5	අස්ථි බිඳීම් හෝ හග්න Broken bones (any fracture) என்பு முறிவுகள்		
10.6	කෘතීම උපකරණ ආධාරයෙන් සවිකල අස්ථි Pin, plates rod or any other internal fixators செயற்கை உபகரணங்களின் ஆதரவுடன் இணைக்கப்பட்ட என்புகள்		
10.7	උරහිස් හන්දිය හග්න වීම් Recurrent shoulder dislocation அடிக்கடி தோற்பட்டை மூட்டுவிலகல்		
10.8	උරහිස් හා වැලඹීම් හන්දිවල වෙනත් දීර්ඝ කාලීන ආබාධ Painful or "trick" shoulder or elbow முழங்கை அல்லது தோற்பட்டை வலி		
10.9	දණහිස් අස්ථියේ හග්න වීම් Patella dislocation முழங்கால் மூட்டுச்சில்லு விலகல்		
10.10	දණහිස් හන්දියේ වෙනත් දීර්ඝ කාලීන ආබාධ Trick or locked knee முழங்கால் மூட்டு இறுக்கம்		
10.11	වළලුකර හග්න වීම් හෝ වෙනත් දීර්ඝ කාලීන ආබාධ Any ankle injury or chronic sprains / strains ஏதாவது மூட்டுக் காயங்கள் அல்லது நாட்பட்ட சுளுக்கு / மூட்டியுளை		
10.12	දීර්ඝ කාලීන කොන්දේ පවතින ආබාධ Recurrent back pain or any back injury அடிக்கடி முதுகுவலி அல்லது முதுகு உபாதை		

වැඩි විස්තර සැපයීම සඳහා පහත වගුව උපකාරී කර ගන්න If you have to produce more details please provide them below மேலதிக தகவல்களை வழங்குவதற்காக கீழுள்ள அட்டவணையை பயன்படுத்தவும்	
අංකය Number (Section and subsection) இலக்கம்	විස්තරය Details விபரம்

ඔබ පහත රෝග හෝ ආබාධ වලින් පෙළෙන්නෙක්ද? එසේනම් පහතින් දක්වා ඇති වගුවේ පිළිතුරු සපයන්න Do you have any medical condition that : (If you have answered 'Yes', please provide details below) நீங்கள் கீழுள்ள நோய்கள் அல்லது உபாதைகள் ஏதனாலாவது பாதிக்கப்பட்டுள்ளவராயின், ('ஆம்' எனில்) கீழே தரப்பட்டுள்ள அட்டவணையின் மூலம் விடை தரவும்						
		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை
11	11.1 කායික සුවතාවය සඳහා බාධක තිබේද? (දිවීමට, සමබරතාවය රැක ගැනීමට, නැවීමට බර එසවීමට) Affects your physical ability i.e. stamina, walking, running, balance, bending, kneeling, lifting etc? நீங்கள் உடல் ரீதியிலாக (உடற்சகிப்புத் தன்மை, நடத்தல், ஓடுதல், சமனிலை, குனிதல், முழங்காலில் இருத்தல், தூக்குதல் போன்ற) இயலாமையினைக் கொண்டுள்ளீரா?			11.4	මානසික සමබරතාවයේ වෙනසක් තිබේද ? May impair your consciousness, make you black out, lose concentration or become, confused or disoriented? Causes depression, anxiety, panic attacks, mood swings, anger etc? தங்களின் விரக்தி, பதற்றம், பயம், மனநிலை மாற்றம், கோபம் என்பன காரணமாக சுயநினைவு பாதிப்புக்கள், தலை சுற்றுதல், அவதானம் இழத்தல், குழப்பமடைதல் அல்லது நிலைதடுமாற்றம் போன்ற மாறுதல் ஏற்படுமா?	

11.2	<p>ශ්‍රවණ ආබාධ තිබේද? Affects your hearing in any way? தங்களுக்கு கேள்வித்திறன் பாதிப்புக்கள் உள்ளனவா?</p>			11.5	<p>දෘශ්‍ය ආබාධ තිබේද ? Affects your eyesight in any way? தங்களுக்கு எவ்வகையிலாவது பார்வை கோளாறு உள்ளதா?</p>		
11.3	<p>ඔබට තද ක්ලාන්ත ගතියක් හෝ හිස කැරකැවීමේ හෝ සිහිමද ගතියක් තිබේද? Causes excessive drowsiness? தங்களுக்கு அதிகமான களைப்பு நிலை உண்டாகுமா?</p>			11.6	<p>ශරීරයේ මොනසම් කොටසක තදබල වේදනාවක් තිබේද? Causes severe pain? தங்களுக்கு கடுமையான உடல் வலி ஏதாவது உள்ளதா?</p>		
<p>විස්තර Comments விபரம்</p>							

		<p>ස්ත්‍රීන් සඳහා පමණයි Only for females பெண்களுக்கு மட்டும்</p>					
12	12.1	<p>අවසන් ඔසප් වීමේ දිනය Last menstrual date (dd/mm/yyyy) இறுதியாக மாதவிடாய் ஏற்பட்ட திகதி</p>					
	12.2	<p>කුමානුකූල ඔසප් චක්‍රය Regular cycles வழமையான மாதவிடாய் சக்கரம்</p>	<p>ඔව් Yes ஆம்</p>			<p>නැත No இல்லை</p>	
	12.3	<p>වෙනත් ස්ත්‍රී ලිංග පද්ධතිය ආශ්‍රිත රෝග Any other gynecological problem பெண்ணியல் சார்ந்த வேறு ஏதும் பிரச்சினைகள்</p>	<p>ඔව් Yes ஆம்</p>			<p>නැත No இல்லை</p>	

13	<p>ඔබ දැනට කිසියම් හෝ ඖෂධ වර්ගයක් භාවිත කරන්නේද ? Are you taking medication currently (If 'yes', Please provide details) தாங்கள் ஏதாவது மருந்தினை தற்போது பயன்படுத்துகிறீரா? ('ஆம்' எனில் விபரங்களை தரவும்).</p>		<p>ඔව් Yes ஆம்</p>		<p>නැත No இல்லை</p>	
		<p>රෝගී තත්වය Condition நோய் அறிஞறிகள்</p>	<p>ඖෂධ වර්ගය Medications சிகிச்சை</p>		<p>කාලය (මාස) Duration (in months) காலப்பகுதி (மாதங்களில்)</p>	
	13.1					
	13.2					
	13.3					
	13.4					
13.5						
14	<p>ඔබ කෙදිනක හෝ ශල්‍ය කර්මයකට භාජනය වී තිබේද ? Have you undergone any surgery including herniotomy, circumcission etc. தாங்கள் எப்போதாவது குடல் இறக்க நீக்கம், விருத்தசேதனம் போன்ற ஏதேனும் அறுவைசிகிச்சைக்கு உள்ளானவரா?</p>		<p>ඔව් Yes ஆம்</p>		<p>නැත No இல்லை</p>	
		<p>රෝගී තත්වය Condition நிலைமை</p>			<p>ශල්‍ය කර්මය සිදු කල දිනය Date of Surgery (d/m/y) அறுவைசிகிச்சை செய்த தினம்</p>	
	14.1					
	14.2					
	14.3					
	14.4					
14.5						

15	இவ் கெடீதக னை னைலாகிகல ரெதலகிகன் புகிகார லலா திவெடி? Have you been hospitalized (including day surgery) during the past ? தாங்கள் எப்போதாவது (நாள் அறுவைசிகிச்சை உட்பட) வைத்தியசாலையில் தங்கி சிகிச்சை பெற்றுள்ளீரா?		இலி Yes ஆம்		தகல No இல்லை		
	ரெதி தனில Condition நிலைமை		காலக (கின கதை) Duration (days) காலப்பகுதி (நாட்கள்)				
	15.1						
	15.2						
	15.3						
	15.4						
15.5							

16	லன்தன Immunization History தடுப்பு மருந்தேற்றல்	இலி Yes ஆம்	தகல No இல்லை	கினக (கின/மல/஁பு) Date (dd/mm/yyyy) திகதி	17	லெல்தன ரெதி Communicable diseases தொற்றுநோய்கள்	இலி Yes ஆம்	தகல No இல்லை	Age at வயதில்
	16.1	தூதில லன்தன BCG முக்கூட்டு ஁சல					17.1	புலெல Chickenpox சின்தம்மை	
16.2	பெடுகலீல Tetanus ஈர்ப்பு வலல				17.2	புர்தென் ஁ர்தூப German Measles ஜெர்மன் பெரலயம்மை			
16.3	பெலீலெ Polio (Poliomyelitis) பேலலயேர (இலம்பள்ளைவாதம்)				17.3	஁லக ரெதி Tuberculosis காச நோய்			
16.4	ரூலெலீல Rubella ருபெல்லர				17.4	஁லகலலக Hepatitis ஈரலழர்சல			
16.5	஁லகலலக - A Hepatitis A ஈரலழர்சல A				17.5	கலீலுலகல Mumps கூகைக்கட்டு			
16.6	஁லகலலக - B Hepatitis B ஈரலழர்சல- B				17.6	மூலெலீலல Malaria மலேரலயர			
16.7	஁ர்தூப, கலீலுலகல, ரூலெலீல MMR சின்தமுத்து, கூகைக்கட்டு, ருபெல்லர				17.7				
16.8	஁தீலுதனல H1N1 பறவைக்காய்ச்சல்				17.8				
16.9					17.9				
16.10					17.10				

லகதென்

பாடலலக ஁ர்தூபலகல பகர ஁லபல வெலக ஁லுத ஁லகலலக ஁லகல லன்தன கலீல ஁லலலகல லீ. லன்தன லலா கலீலெத ஁லகலலகல “஁லகலலக புகலீல ஁லுலக ஁லகல” ஁லகல ரூலெல பரீ஁லல ஁லுத ஁லகல லலகலல லெல லேலகல ஁லகல ஁லீலகல கலகலத.

All students from Faculty of Medicine must be vaccinated against Hepatitis B' prior to the commencement of the course and originals of the blood report "Hepatitis B antibody titre levels" must be attached alongside this Health Declaration from.

FOM பீடத்தைச்சார்ந்த சகல மாணவர்களும் தமது கற்ககெறலயை ஆரம்பிக்க முன்னர் ஈரலழர்சல B காள குருதலச சோதனை ஈரலழர்சல பீ பறபெருகெதலரல யாக்கல மட்ட “Hepatitis B Antibody Titer levels” மருத்துவ அறிககையைச் சமர்ப்பிக்க வேண்டும் இவ்வறிககையானது இப்பத்தலரத்துடன். இணைக்கப்படல் அத்தலயாவசலயமானது

18	දුම්බීම Smoking புகைபிடித்தல்	ඔව් Yes ஆம்		නැත No இல்லை		විශේෂ අවස්ථාවලදී පමණක් Social (Occasionally) விருந்துகளில் (எப்போதாவது)	
	ඔව් නම් If yes ஆம் எனில்	காலය (මාස) Duration (Months) காலகுதி				දිනකට දුම්වැටි Number per Day ஒரு நாளுக்கான எண்ணிக்கை	

19	මත්පැන් පානය Alcohol மதுசாரம்	ඔව් Yes ஆம்		නැත No இல்லை		විශේෂ අවස්ථාවලදී පමණක් Social (Occasionally) விருந்துகளில் (எப்போதாவது)	
	ඔව් නම් If yes ஆம் எனில்	காலය (මාස) Duration (Months) காலப்பகுதி				දිනකට මිලිලීටර් ml per Day ஒரு நாளுக்கான அளவு	

20	වෙනත් මත්ද්‍රව්‍ය භාවිතය Other addictive drugs பிற பொழுதுபோக்கான போதைப்பொருட்கள்	ඔව් Yes ஆம்		නැත No இல்லை			

සියළුම කොටස් සඳහා පිළිතුරු සපයන්න "ඔව්" නම් ඉදිරියේ දක්වා ඇති හිඳසෙහි පිළිතුරු සපයන්න CHECK EACH ITEM IF 'YES' EXPLAIN IN BLANK SPACE TO RIGHT எல்லா விடயங்களுக்கும் விடையளிக்கவும். 'ஆம்' எனில், எதிரேயுள்ள வெற்றிடத்தில் எழுதவும்.		ඔව් Yes ஆம்	නැත No இல்லை	වෙනත් තොරතුරු Any comments ஏனைய விடயம்
21	පහත සඳහන් කවර හෝ හේතුවක් නිසා ඔබ කෙදිනක හෝ රැකියාවක් ප්‍රතික්ෂේප කර හෝ විදුහලකින් අස් කිරීමක් සිදුකර තිබේද? Have you been refused employment or been unable to hold a job or stay in school because of : பின்வரும் ஏதாவது காரணத்தினால் தாங்கள் எப்போதாவது தொழில் மறுப்புக்கு அல்லது பாடசாலையிலிருந்து நீக்கப்படுதலுக்கு உள்ளானவரா?			
	21.1.1 රසායනික ද්‍රව්‍ය, දූවිලි, ඉර එළිය, සඳහා ඇති අධි සංවේදීතාවය නිසා Sensitivity to chemicals, dust, sunlight, etc. இரசாயனப் பொருட்கள், துகள், சூரிய ஒளி போன்றவைகளால் மிகுந்த உணர்ச்சிவசப்படுவதனால்			
	21.1.2 සමහරක් වලන සිදුකිරීම වලක්වාලන ශාරීරික දුබලතාවයන් නිසා Inability to perform certain motions சில அசைவுகளை மேற்கொள்ள இயலாத உடல்நீதியான குறைபாடுகளால்			
	21.1.3 සමහරක් තනතුරු වල රාජකාරී කිරීමේ අපහසුතා නිසා /සිල පතවිකලුக்கාන කඩමෙකளை நிறைவேற்றிட இயலாத தன்மையினால்/ Inability to assume certain positions			
	21.1.4 අනෙකුත් වෛද්‍ය හේතූන් නිසා Other medical reasons (If 'yes' , give reasons) ஏனைய மருத்துவ காரணிகளால் ('ஆம்' எனில், காரணங்களை தரவும்)			
21.2 ඔබ කිසියම් මානසික දුබලතාවක් සඳහා ප්‍රතිකාර ලබා තිබේද? Have you ever been treated for a mental condition? (If 'yes' specify when, where and give details) தாங்கள் ஏதேனும் மனநல நிலைமை தொடர்பாக சிகிச்சை பெற்றுள்ளீரா? ('ஆம்' எனில், அதுபற்றிய விபரங்களை தரவும்)				
21.3 ඔබට කෙදිනක හෝ සෞඛ්‍ය රක්ෂණ ආවරණ ලබාදීම ප්‍රතික්ෂේප කර තිබේද ? Have you ever been denied life insurance? (If yes, state reason and give details) தங்களுக்கு எப்போதாவது ஆயுள் காப்புறுதியினை மேற்கொள்வதற்கு மறுக்கப்பட்டுள்ளதா? ('ஆம்' எனில், காரணத்தையும் விபரங்களையும் தரவும்)				

21.4	<p>ඔබ කෙදිනක හෝ ඉලාකර්මයක් සිදුකර හෝ සිදුකිරීමට නිර්දේශ කර තිබේද?</p> <p>Have you had, or have you been advised to have, any operation. (If yes, describe and give age at which occurred)</p> <p>තங்களுக்கு எப்போதாவது அறுவைசிகிச்சை மேற்கொள்ளப் பட்டுள்ளதா அல்லது மேற்கொள்ளுமாறு ஆலோசனை வழங்கப்பட்டுள்ளதா? ('ஆம்' எனில், எத்தனையாவது வயதில் எனவும் ஏனைய விபரங்களையும் தரவும்)</p>			
21.5	<p>ශාචීක, මානසික හෝ වෙනත් ආබාධයක් / දුර්වලතාවයක් නිසා ඔබව ආරක්ෂක සංවිධානයකට බඳවා ගැනීම ප්‍රතික්ෂේපකර තිබේද?</p> <p>Have you ever been rejected for military service because of physical, mental or other reasons? (If yes, give date and reason for rejection)</p> <p>உடலியல், உளவியல் அல்லது ஏனைய குறைபாடுகள் காரணமாக பாதுகாப்பு சார் சேவைக்கு உங்களை ஆட்சேர்ப்புச் செய்ய மறுப்புத் தெரிவிக்கப்பட்டதா? ('ஆம்' எனில், மறுக்கப்பட்டமை பற்றிய விபரங்களை தரவும்)</p>			
21.6	<p>ශාචීක, මානසික හෝ වෙනත් ආබාධයක් නිසා ඔබව ආරක්ෂක සංවිධානයකින් නෙරපා හැර තිබේද?</p> <p>Have you ever been discharged from military services because of physical, mental or other reasons? (If yes, give date, reason and type of discharge)</p> <p>உடலியல், உளவியல் அல்லது ஏனைய குறைபாடுகள் காரணமாக பாதுகாப்பு சார் சேவையிலிருந்து நீங்கள் பதவி நீக்கம் செய்யப்பட்டுள்ளீரா? ('ஆம்' எனில், நீக்கப்பட்டமை பற்றிய விபரங்களை தரவும்)</p>			
21.7	<p>ඔබ කිසියම් වැරදි ක්‍රියාවක් සඳහා සිරගත වීමක් හෝ වෙනත් අධිකරණයක වැරදිකරුවෙකු වී තිබේද? (සුළු රථවාහන වැරදි හැර)</p> <p>Have you ever been arrested or convicted of a crime, other than minor traffic violations, (If yes, provide details)</p> <p>மோட்டார் வாகன போக்குவரத்து சார்ந்த சிறு தவறுகள் தவிர, தாங்கள் ஏதேனும் குற்றச் செயலுக்கு கைதானவரா அல்லது எவையேனும் நீதிமன்றமொன்றினால் குற்றவாளியாக்கப்பட்டவரா? ('ஆம்' எனில், விபரங்களை தரவும்)</p>			
21.8	<p>ධාරණය කර ගැනීමේ හෝ වෙනත් අධ්‍යාපන කටයුතු සම්බන්ධ දුබලතාවයකට ඔබ ප්‍රතිකාර ලබා තිබේද?</p> <p>Have you ever been diagnosed with a learning disability? (If yes, provide details)</p> <p>குறைபாடு சம்பந்தமாக அறிகுறிகள் கண்டுபிடிக்கப்பட்டுள்ளதா அல்லது சிகிச்சையளிக்கப்பட்டுள்ளதா? ('ஆம்' எனில், விபரங்களை தரவும்)</p>			

මා විසින් ඉහත දක්වා ඇති මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවක්, තවද මා විසින් මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ අසත්‍ය තොරතුරක් සපයා ඇත්නම් මා විසින් මෙම විශ්වවිද්‍යාලය වෙත ගෙවන ලද පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ලබා ගැනීමකින් තොරව සහ ඇප බැඳුම්කර වටිනාකම ගෙවීමෙන් අනතුරුව අධ්‍යයන කටයුතු අත්හිටුවීමට එකඟ වෙමි.

I do hereby declare in honor that the information given above are true and accurate to the best of my knowledge. I am aware that if any information given in this declaration are found to be incorrect or false, prior to my selection, I am liable to disqualified and if it is found after the selection I am liable to be dismissed without any compensation, and to pay an appropriate bond value to KDU.

මෙලෙස තරම් පවතින තகவல்கள் யாவும் எனது அறிவுக்கெட்டிய வரையில் உண்மையானவை எனவும் சரியானவை எனவும் இத்தால் நான் உறுதிபடுத்துகிறேன். இதில் தரப்பட்டுள்ள தகவல்கள் எவையேனும் தவறானது அல்லது பொய்யானது என தெரிவுசெய்யப்பட முன்னர் கண்டறியப்பட்டால் நான் தகுதியற்றவராக ஆகுவேன் எனவும், தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டதன் பின்னர் கண்டுபிடிக்கப்பட்டால், எத்தகைய இழப்பீடுகளுமின்றி நீக்கப்படுதலுக்கும் அத்துடன் கொத்தலாவல பாதுகாப்புப் பல்கலைக்கழகத்திற்கு ஏற்புடையதான பிணைப்பெறுமதியொன்றைச் செலுத்துவதற்கு நான் வேண்டப்படுத்தப்படுவேன் எனவும் அறிந்துள்ளேன்.

.....
 දිනය
 Date
 திகதி

.....
 ශ්‍රේයාගේ අත්සන
 Signature of the applicant
 விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

Part II (a)- Declaration by the Dental Surgeon

Dental History			
		Yes	No
1	1.1	Trauma to Face, Temporomandibular joint (TMJ) and teeth	
	1.2	Bleeding Gums	
	1.3	History of extraction, surgical correction and implanted teeth	
	1.4	Fracture or carious tooth	

Oral Examination		
2	2.1	Number of permanent teeth
	2.2	Dental Caries
	2.3	Periodontal Condition
	2.4	Tongue tie
	2.5	TMJ
	2.6	Septic roots
	2.7	Any other condition

Dental																																
Missing Teeth														Resorted teeth																		
3	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	Non Resorted teeth														Replaced by denture																	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Comments																																

This is to certify that I have examined Mr/Ms(Holder of NIC number :.....) on/...../ 20 and declare that he /she is free from any dental disease.

.....
Signature

Name of the Dental Surgeon :

SLMC Registration Number :

Rubber Stamp :

Part II (b) - Declaration by the Medical Officer

Name of the Medical Officer :	
Address :	

1	Height		Weight		BMI (Body Mass Index)	
---	--------	--	--------	--	-----------------------	--

General Examination							
2			Normal		Abnormal		Comments
	2.1	General Appearance			2.9	R - Upper limb	
	2.2	Head, Scalp, Face and Neck			2.10	L - Upper limb	
	2.3	Mouth, Throat and Sinuses			2.11	R - Lower limb	
	2.4	Chest (Thoracic Wall)			2.12	L - Lower limb	
	2.5	Gynecomastia			2.13	Lower limb veins (Varicose)	
	2.6	Abdomen			2.14	Testicles and Scrotum (in Males)	
	2.7	Inguinal Lymph nodes			2.15	Pelvic examination (in Females)	
	2.8	Hernia (abdominal and inguinal)			2.16	Spine (Kyphosis and Scoliosis)	
Comments :							

Cardiovascular System						
3	3.1	Blood Pressure	Systolic (Hg mm)		Diastolic (Hg mm)	
		3.1.1	Sitting			
		3.1.2	Recumbent			
		3.1.3	Standing			
	3.2	Pulse rate (per min)				
	3.3	Pulse character	Normal		Abnormal	
	3.4	Pulse Rhythm	Normal		Abnormal	
	3.5	Heart Sound	Normal		Abnormal	
	3.6	Apex beat	Normal		Abnormal	

Respiratory System						
4		Right		Left		Comments
		Normal	Abnormal	Normal	Abnormal	
	4.1	Air entry				
	4.2	Lung sounds				
	4.3	Chest expansion				
	4.4	Respiratory rate (per min)				

Vision									
5		Black		Brown		Blue		Other	
	5.1	Acuity	Right/6	Left/6	Comments		
	5.2	If the applicant uses the glasses provide information							
		Right		Left		Comments			
		Normal	Abnormal	Normal	Abnormal				
	5.3	Eye Movements							
	5.4	Accommodation							

Hearing / Ears						
6		Normal		Abnormal		Comments
	6.1	External auditory canals				
	6.2	Ear Drum				

Joints of the body						
		Right		Left		Comments
		Normal	Abnormal	Normal	Abnormal	
7	7.1	Shoulder				
	7.2	Elbow				
	7.3	Wrist				
	7.4	Hip				
	7.5	Knee				
	7.6	Ankle				

Do you find any evidence of past or present disease of			
8	8.1	Brain or nervous system	
	8.2	Cardio-vascular system	
	8.3	Respiratory system	
	8.4	Digestive system	
	8.5	Abdomen and inguinal region	
	8.6	Genito - urinary system	
	8.7	Locomotive system	

9	Blood Group	A		B		AB		O		RH	Positive		Negative	
---	-------------	---	--	---	--	----	--	---	--	----	----------	--	----------	--

10	Urine	10.1	Specific gravity	
		10.2	Sugar	
		10.3	Albumin	
		10.4	Red blood cells	

11	Glycosilated Heamoglobine (HbAC)	Normal		Abnormal		
----	----------------------------------	--------	--	----------	--	--

12	Fasting blood sugar	Normal		Abnormal		
----	---------------------	--------	--	----------	--	--

13	Lipid profile	Normal		Abnormal		
----	---------------	--------	--	----------	--	--

14	Blood Ureas / S. Electrolytes	Normal		Abnormal		
----	-------------------------------	--------	--	----------	--	--

15	ECG	Normal		Abnormal		
----	-----	--------	--	----------	--	--

16	Chest X- Ray					
----	--------------	--	--	--	--	--

17	VDRL	Negative		Positive		
----	------	----------	--	----------	--	--

18	Hep. B Screening	Negative		Positive		
----	------------------	----------	--	----------	--	--

19	HIV - 1	Negative		Positive		
----	---------	----------	--	----------	--	--

20	HIV - 2	Negative		Positive		
----	---------	----------	--	----------	--	--

This is to certify that I examined Mr/Ms (Holder of NIC number of the candidate :.....) on/...../ 20..... and he /she is physically and mentally in good health. He/She is also free from any communicable diseases.

.....
Signature

Name of the Medical Officer :

SLMC Registration Number :

Rubber Stamp :