

GENERAL SIR JOHN KOTELAWALA DEFENCE UNIVERSITY

University Entrance Medical Form Day Scholar Degree Programme

Student Registration No :

සම්පූර්ණ නම (පැහැදිලි අකුරෙන්) Full Name (Block letter) முழுப்பெயர் (பெரிய எழுத்துக்களில்)	පීඨය Faculty பீடம்	උපන් දිනය Date of Birth பிறந்த திகதி	
ඔබ පවුලේ කීවෙනියාද? Your position in family நீங்கள் குடும்பத்தில் எத்தனையாவது நாள்?	විවාහක / අවිවාහක Married / Single திருமணம் ஆனவரா/ ஆகாதவரா?	ආගම Religion சமயம்	ජාතිය Nationality இனம்
ලිපිනය : දෙමාපිය / භාරකරු Address of Parents / Guardian முகவரி: பெற்றோர்/ பாதுகாவலர்		අධ්‍යයන කාලය තුළ ලිපිනය Address during course of study பாடநெறி காலப்பகுதியில் விலாசம்	
ඔබගේ පවුලේ කිසිවෙකුට පහත දැක්වෙන රෝග වැළඳී තිබේද ? කෂය රෝගය : ඔව් / නැත අධිරුධිර පීඩනය සහ අනෙකුත් හෘද රෝග : ඔව් / නැත මානසික රෝග : ඔව් / නැත දියවැසියාව : ඔව් / නැත රක්තහීනතාවය හෝ ලේ ආශ්‍රිත රෝග : ඔව් / නැත History of any of the following diseases in members of your family T.B : Yes / No Hypertension and other cardio diseases : Yes / No Mental illness : Yes / No Diabetes Mellitus : Yes / No Anemia or other blood disorders : Yes / No உங்கள் குடும்பத்தில் யாராவது ஒருவருக்காவது பின்வரும் நோய்கள் காணப்பட்டனவா? டி.பி (ரிபி) : ஆம் / இல்லை உயர் இரத்த அழுத்தம் : ஆம் / இல்லை மன அழுத்தங்கள் : ஆம் / இல்லை நீரழிவு நோய் : ஆம் / இல்லை ඔබේ ආහාරය : එළවළු පමණක්ද / මස් මාලු අනුභව කරන්නෙක්ද? Diet : Vegetarian / Non vegetarian உங்கள் உணவு : சைவம்/ அசைவம் ආර්ථව චක්‍රය : ආරම්භක වයස Menstrual Cycle : Age of onset மாதவிடாய் சக்கரம் : ஆம் / இல்லை ආර්ථව වේදනාව : ඇත / නැත Menstrual Pain : Yes / No மாதவிடாய் வலி : ஆம் / இல்லை ක්‍රමානුකූල බව : ඇත / නැත Regular Cycle/ Irregular Cycle வழக்கமான சுழற்சி / ஒழுங்கற்ற சுழற்சி මෞත්‍ර ලිංගික පද්ධතිය ආශ්‍රිත රෝග : ඇත / නැත Genito-Urinary lesions / diseases : Yes / No சிறுநீரக யோனிவழி புண்கள் / நோய்கள் : ஆம் / இல்லை			

ඔබට පහත සඳහන් රෝග කවරක් වැළඳී තිබේද?
ඔව් නම් තොරතුරු සපයන්න

ඔව් / නැත

Have you suffered from any of the following?
If any, please give details

Yes / No

நீங்கள் கீழ்வரும் யாதாயினும் நோயால் பாதிக்கப்பட்டவரா?
அப்படியானால் விபரங்களை தரவும்

ஆம் / இல்லை

1. මැලේරියාව, ඇදුම, ජෛය රෝගය, රුමටික් උණ, වකුගඩු රෝග, හෘද රෝග, කහ උණ, සෞගමාලය, මී උණ, වෛද්‍ය උණ, රක්තනිකාවය හෝ ලේ ආශ්‍රිත අනෙකුත් රෝග,
Malaria, Asthma, T.B Rheumatic Fever, Renal Disease, Heart Diseases, Jaundice, Hepatitis
Leptospirosis, Dengue Fever, Anemia or other blood disorders
මලේරියා, ආස්මා, කාශ්‍යනෝය, රි.පී වාතකකාය්ඡ්ඡල්, ශීරුතීරක නෝය්, ශෙඤ්කමාරී, ආරලනුර්ඡ්ඡී, ඉරුතය නෝය්කණ්, ලේප්දෝස්පෙරොශීශ්, ධෙඤ්ඤු කාය්ඡ්ඡල්, ඉරත්තඡ් ඡොකෙ අල්ලතු වෛරු ඉරත්තඡ් කොලාභුකණ්

2. කර්ණ ආසාදන, ඇසීම අඩුකම, පෙනීම අඩුකම
Ear Infections, Defective Hearing, Defective Vision
කාතු තොරුරු, කේඨ්ඨල් ඤුරෙභාඨුකණ්, භාර්වෙ ඤුරෙභාඨුකණ්

3. කැඩුම් බිඳුම්, හග්න, අනෙකුත් බරපතල තුවාල සහ හන්දි ඉදිමීම
Bone Fractures, joint dislocations, Major Injuries and joint swelling
භුරුභු ඤුරීඤුකණ්, භෙරීය කායඤ්කණ්

4. මීට කලින් ඔබ ශල්යකර්මයකට භාජනය වී තිබේද?
ඔව් නම් තොරතුරු සපයන්න
Have you undergone any surgical operation?
If any, please give details

நீங்கள் ஏதாவது சத்திர சிகிச்சைக்கு உட்படுத்தப்பட்டுள்ளீரா?
அப்படியானால் விபரங்களை தரவும்

7. ලිංගාශ்ரிக රෝග

Sexually Transmitted Diseases (STD)

பாலுறுப்பு தொடர்பான நோய்கள்

7.1 මීට කලින් ලිංගාශ்ரிக රෝග සඳහා ප්‍රතිකාර ලබාගෙන තිබේද? ඔව් / නැත
ඔව් නම් කොරතුරු සපයන්න

Have you ever been undergone treatments for STD? Yes/No

If any please give details

நீர் எப்போதாவது பாலுறுப்பு தொடர்பான நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டீர்களா? ஆம்/இல்லை
அப்படியானால் தயவுசெய்து விபரங்களைத் தரவும்.

8. වර්ම රෝග සහ ආසාන්මිකතාවන් (ආහාර, බෙහෙත් හෝ වෙනත්)

Skin diseases & allergics (Food, drug or any other types)

தோல் நோய்கள் மற்றும் ஒவ்வாமை (உணவு இ மருந்து அல்லது வேறு எந்த வகையான)

8.1 ඔබ මීට ඉහතදී උක්ත රෝගී තත්වයන් සඳහා ප්‍රතිකාර ලබාදෙන තිබේද?
එසේනම් කොරතුරු සපයන්න

Have you ever been treated or investigated for above mentioned conditions? If yes please
give details

நீங்கள் எப்போதாவது தோல் நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டீர்களா? ஆம் / இல்லை
அப்படியானால் தயவுசெய்து விபரங்களைத் தரவும்.

9. ඔබ මීට ඉහතදී කිසියම් බරපතල රෝගාබාධයක් සඳහා රෝහල් ගතව හෝ සායනයකින්, කෙටිකාලීනව හෝ
දීර්ඝ කාලීනව ප්‍රතිකාර ලබා තිබේද? ඔව් / නැත

ඔව් නම් කොරතුරු සපයන්න

Were you ever been treated as an inward or out patient from a private / public hospital for
any serious illness? Yes/No

Please provide details.

நீர் யாதாயினும் நோயால் பாதிக்கப்பட்டு அரசாங்க அல்லது தனியார் வைத்தியசாலையில் சிகிச்சை
பெற்றீர்களா? ஆம் / இல்லை
அப்படியானால் தயவுசெய்து விபரங்களைத் தரவும்.

10. වර්තමානයේ ඔබ කිසියම් රෝගාබාධයක් සඳහා ප්‍රතිකාර ලබා ගන්නේද?

ඔව් නම් කොරතුරු සපයන්න (රෝග විනිශ්චය, බෙහෙත්)

Are you currently on any treatments ?

If Yes - give details (diagnosis, medication)

நீங்கள் தற்போது ஏதாவது சிகிச்சைக்கு உட்படுத்தப்பட்டுள்ளீரா?
ஆம் என்றால் விபரங்களை தரவும் (கண்டுபிடிக்கப்பட்ட வியாதி, மருந்து)

11. ප්‍රකාශනය

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

Declaration

I hereby agreed that provision of false information with regards to my medical condition would be severely dealt with and may result discontinuation of studies without refunding or charging the bond value.

உறுதிப்படுத்தல்

මෙලෙස ප්‍රකාශනය කළ මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්, කවද මා විසින් මාගේ සෞඛ්‍ය තත්වය පිළිබඳ අසත්‍ය තොරතුරක් සපයා ඇත්නම් මා විසින් මෙම විශ්වවිද්‍යාලය වෙත ගෙවන ලද පාඨමාලා ගාස්තු ආපසු ලබා ගැනීමකින් තොරව හෝ ඇප බැඳුම්කර වටිනාකම ගෙවීමෙන් අනතුරුව අධ්‍යයන කටයුතු අත්හිටුවීමට එකඟ වෙමි.

.....
දිනය
Date
திகதி

.....
ශිෂ්‍යවගේ අත්සන
Signature of Student
மாணவனின் கையொப்பம்

සටහන : තොරතුරු සැපයීමේ දී ඇති ඉඩකඩ ප්‍රමාණවත් නොවේ නම් ඒ සඳහා අතිරේක කඩදාසි භාවිතා කල හැකිය
Note : Please attach separate papers when the space provided is not sufficient.
குறிப்பு : இடைவெளிகள் போதாத பட்சத்தில் மேலதிக தாள்களைப் பயன்படுத்தவும்.

FOR USE OF MEDICAL OFFICER

Ht	Weight	Chest	Expiration	Inspiration
Vision- R L	Glasses No Glasses	Color Vision	Normal / Blind Red Green	
Posture - Good / Fair/Poor				
Ears	Skin	X-Ray Report		
Nose	Thyroid	Mantoux Test : Positive/ Negative		
Mouth	Breasts	B.C.G. Given / Not Given		
Pharynx	Pulse	Hb %		
Hernia Orifices	B.P.	Stools		
Genitalia	Heart Sound	Urine - albumin		
Limbs	Lungs	Sugar		
Spine & Chest Wall	Nervous System	V.D.R.L.		

TYPE OF DEFECTS

Ocular	Medical	Action taken: 1. Referred to a consultant forthwith 2. Referral post-poned till convenient 3. Treated at Health Centre.
Dental	Dermatological	
ENT	Psychological	
Surgical / Orthopedic		

.....
Signature

Name of Medical Officer :

SLMC Registration No. :

Rubber Stamp

සටහන් / Notes

අදාළ පරීක්ෂා කිරීම කල බවට වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන, ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය හා නිල මුද්‍රාව තබා ඇත්නම් පමණක් වලංගු වේ.
This form is only accepted with signature, Name, SLMC registration number and rubber stamp of the responsible medical officer.