

MEDICAL CHECK -UP OF CONTRACT WORKERS

NAME: Rajendra N. Ponde DATE OF EXAMINATION: 23/9/2022
 AGE: 45 yrs DOB: 10/12/1976 SEX: Male
 IDENTIFICATION MARKS:
 PERMANENT ADDRESS: shivajinagar, Aurangabad.

TREATMENT DETAILS (If currently on medications):

PAST ILLNESS / HOSPITALISATION (if any) :

Please tick (Yes / No)

1	JAUNDICE	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>	B.P.:	<u>118/84</u>
2	TYPHOID	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Pulse:	<u>86/min</u>
3	VD	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Height:	<u>169</u>
4	KOCH'S / TUBERCULOSIS	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Weight:	<u>67</u>
5	HANSEN'S DISEASE / LEPROSY	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Blood Sugar:	<u>1</u>
6	CHRONIC COUGH	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Blood Group:	<u>A+</u>
7	INFECTIVE SKIN DISEASE	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	SPINE PROBLEM / LOW BACK PAIN	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	VERTIGO / GIDDINESS	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	EPILEPSY / SEIZURES	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	OTHER MAJOR ILLNESS	YES / NO	<input checked="" type="checkbox"/>		

O/E

1	GENERAL CONDITION: <u>Normal</u>	6	SKIN: <u>Normal</u>
2	PALLOR: <u>No</u>	7	R.S.: <u>AEBE</u>
3	NAILS: <u>Normal</u>	8	P.A.: <u>soft</u>
4	CVS: <u>S/S 2 Normal</u>	9	CNS: <u>conscious oriented</u>
5	GENITOURINARY SYSTEMS: <u>NAD</u>	10	OTHERS:

EYE CHECK

		UNCORRECTED	CORRECTED
DISTANCE VISION	RT EYE		<u>6/6</u>
	LT EYE		<u>6/6</u>
NEAR VISION	RT EYE		<u>6/6</u>
	LT EYE		<u>6/6</u>
COLOUR VISION	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	COLOUR-BLIND	

DOCTOR'S REMARKS:

- (1) FIT / UNFIT FOR CONTRACTUAL WORK
- FIT / UNFIT FOR WORKING AT HEIGHTS ABOVE 2 METRES & ENCLOSED SPACES
- IN CASE OF WOMEN WORKER'S - THE WORKER IS PREGNANT / NOT PREGNANT

SIGN OF EMPLOYEE:-

RS

SIGN OF DOCTOR:-

AK

RUBBER STAMP OF DOCTOR:

DOCTOR'S REGN.NO:

DR. AKSHAY R. GANDHI
 M.S.(ORTHO) D.N.B. (ORTHO)
 M.N.A.M.S.
 Reg. No. 2010/03/06/08
GANDHI HOSPITAL
 Opp. Akashwani, Manjitnagar, Jalna Road,
 Aurangabad. Phone - 0240 2335387

FREQUENCY OF CHECK - AT LEAST ONCE IN A YEAR

VERIFIED:

- * एन्डोस्कोपी सेंटर
- * बालरोग
- * पोटाचे विकार
- * स्त्रीरोग
- * अस्थिरोग
- * प्रसुती गृह

G+ गांधी हॉस्पिटल

मनजीतनगर, आकाशवाणी समोर, जालना रोड, औरंगाबाद. - ४३१ ००१
फोन : ०२४० - २३३५३८७

दिनांक : 23/9/2022

तज्ञ डॉक्टरस

डॉ. राजेंद्र गांधी

D.N.B. (Paediatric)
बालरोग व नवजात शिशु तज्ञ

डॉ. प्राची गांधी

M.S.(OBGY), D.N.B.(OBGY)
M.N.A.M.S.
स्त्रीरोग, वंध्यत्व निवारण
तज्ञ, लॅप्रोस्कोपी सर्जन

डॉ. अक्षय गांधी

M.S.(Ortho), D.N.B.(Ortho)
M.N.A.M.S.
जॉईंट रिप्लेसमेंट, ऑर्थोस्कोपी
बाल अस्थिरोग तज्ञ

डॉ. आशिष गांधी

D.N.B. (Medicine) D.N.B.
(Gastro)
पोटाचे विकार व
एण्डोस्कोपी तज्ञ

डॉ. गुंजन गांधी

M.D. (Paediatric)
बालरोग व नवजात शिशु तज्ञ

उपलब्ध सुविधा

- अंडव्हान्स एन्डोस्कोपी
- कोलोनोस्कोपी, ERCP
- अॅक्सीडेंट / फ्रॅक्चर
- कृत्रीम सांधे रोपन
- लॅमीनार फ्लो ऑपरेशन थिएटर
- अत्याधुनीक प्रसुती गृह
- फिजीओथेरेपी
- सी आर्म/ डिजीटल एक्स-रे
- नवजात बालक अतिदक्षता
- लॅप्रोस्कोपी व इनफर्टीलीटी सेंटर
- आय.सी.यु. सेंटर

Medical Certificate

(Pre- Employment Examination)

I hereby certify that Rajendra Ponde.....

Age 45 yrs, **Male/Female** a resident of Aurangabad
has been carefully examined by me and I cannot discover
that **he/she** has got any disease ,communicable ,non-
communicable or any constitutional deformity . **HE/** she is
declared fit for job.

His /Her reports are enclosed herewith.

Hence I hereby declare that he/ she is **fit/unfit** for
employment.

Hence the certificate

Identification Mark:

Adhaar Number : 638002067519.....

Contact No. 9423661580.....

BR
Signature of candidate

Dr Akshay Gandhi

Date 23/9/2022

Place Aurangabad

DR. AKSHAY R. GANDHI
M.S.(ORTHO) D.N.B. (ORTHO)
M.N.A.M.S.
Reg. No. 2010/03/06/08
GANDHI HOSPITAL
Opp. Akashwani, Manjitnagar, Jalna Road,
Aurangabad. Phone - 0240 2335387

Name of Employee(कर्मचार्याचे नाव) Rajendra N. Pande Employee code _____
 Nature of Job/ Department कामचे स्वरूप / विभाग C.P./Ego Birth Date 10/12/1976
 Date of Joining 2021 Age 45 Mobile Number 9423461580

Medical check up- Self Declaration of Health

आरोग्य तपासनी - स्वताचे आरोग्य निवेदन

Have you suffered from following Diseases/ Illness / Conditions?

तुम्हाला दर्शाविलेला खालील कोणता आजार झाला आहे का / रोग / व्याधि आहेत का

You are in current trade for ... <u>1.0</u> years तुम्ही वर्षांपासून चालू व्यापारात आहात	Any changes Handwriting / Walking Yes / No लिहिल्यात किंवा चलयतात बदल होय / नाही
History of Frequent Fever Yes / No सारखा ताप येतो का होय / नाही	Skin problem Yes / No त्वचा रोग / विकार आहे का होय / नाही
Acidity / Digestion problem Yes / No एसिडिटी / पचन समस्या होय / नाही	Any Urinary complaints Yes / No मूत्रसंथा संबंधित तक्रारी आहे का होय / नाही
Any Allergy/ Drug Reaction Yes / No अॅलर्जी/औषधाची रिअॅक्शन होय / नाही	Your Blood Group <u>A+</u> तुमचा रक्तगट काय आहे <u>B+</u>
Eye disease / Vision problem Yes / No नेत्ररोग/दृष्टी रोग होय / नाही	Hernia / Hydrocoele at present Yes / No हार्निया / हायड्रोसेल आहे का होय / नाही
Ear disease Yes / No कान रोग होय / नाही	Any Mental worries Yes / No कधी मानसिक आजार आहे का होय / नाही
Difficulty in hearing Yes / No कमी ऐकायला येते का होय / नाही	Fits Yes / No मीरगी झटके येतात का होय / नाही
Tuberculosis Yes / No क्षयरोग होय / नाही	Do you get Joint pain/ Muscle proble Yes / No तुमचे स्नायु दुखतात का होय / नाही
Asthama Yes / No दमा होय / नाही	Cancer Yes / No कर्करोग/ क्यँन्सर आहे का होय / नाही
Do you get Breathlessness - At Rest After Little work तुम्हाला दम (श्वास) लागतो का- बसल्या जागी थोडे काम केल्यावर	Your work performance level Steady Gone down तुमची औद्योगिक काम करण्याची क्षमता-- स्वीर आहे खालवाली आहे
Respiratory Diseases Yes / No श्वासनचे आजार आहे का होय / नाही	Abnormal blood tests Yes / No रक्त तपासनी मध्ये दोष होय / नाही
Heart disease / Blood pressure Yes / No हृदय विकार / रक्तदाब आहे का होय / नाही	Any-addiction Tobacco, Smoking , Alcohol , Drugs व्यसन आहे का होय / नाही तम्बाकू सिगरेट बीडी दारू गोळ्या
Suffered from Jaundice Yes / No कविले झाला होता का होय / नाही	Any other complaints
Any Dental Problem Yes / No दात हिरड्याचे दोष होय / नाही	Suffered from Corona Yes / No कोरोना झाले होते का होय / नाही
	Covid vaccination 1 st / 2 nd dose

I declare that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I also give consent for my medical check up, all necessary investigations

मी घोषित करतो की वरील माहिती माझ्या माहितीप्रमाणे खरी आणि बरोबर आहे. मी माझ्या वैद्यकीय तपासणीसाठी, सर्व आवश्यक तपासण्यांसाठी देखील संमती देतो

SIGNATURE OF EMPLOYEE

कर्मचार्यांची स्वाक्षरी

DATE

तारीख

23/9/2022

Medical History and Examination Details Date ^{23 9} .../.../2022

Name	Rajendra N. Pande	Age	45 yrs
Sex : M/F	Contact No 9423461580	Birth date	10/12/1976

History: Asthma / Skin Disease / TB / Diabetes / Arthritis / Hypertension (B.P)/ Ischaemic heart disease/ Cancer / Surgery / Paralysis / Fits epilepsy/ Allergy/ Drug allergy / NIL

GENERAL EXAMINATION

Height <u>1.69</u> cm	Icterus : Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	Clubbing : Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	Blood <u>118 84</u> Pressure...../.....mmHg
Weight <u>67</u> kg	Temp	Cyanosis : Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	Ent Examination <u>NAO</u>
Pulse <u>86</u> /min	Pallor : Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	SPO2:	

SYSTEMIC EXAMINATION

	Normal	Abnormal	Remarks
CVS	<u>S1S2 (N)</u>		
RS	<u>AEBE</u>		
Abdomen	<u>Soft No rigidity</u>		
CNS	<u>Consious oriented</u>		
Skin	<u>✓</u>		
Genitourinary	<u>Normal.</u>		
Oral exam	<u>Normal</u>		

OPHTHALMIC EXAMINATION :

		Right Eye	Left eye
Near Vision	With Glasses	<u>NG</u>	<u>NG</u>
	Without Glasses		
Distant vision	With Glasses	<u>6/6</u>	<u>6/6</u>
	Without Glasses		

Color Vision: Normal / Abnormal

	Done signature	Employee signature	
Blood			Reports enclosed
Urine			Reports enclosed

Remarks : Medical Advice NA

Impression: FIT / UNFIT

I hereby declare that the information given is correct

Employee name and signature :

Medical Examiner
DR. AKSHAY R. GANDHI
 M.S.(ORTHO) D.N.B. (ORTHO)
 M.N.A.M.S.
 Reg No. 2010/03/06/08
GANDHI HOSPITAL
 Opp. Akashwani, Manjilnagar, Jalna Road,
 Aurangabad. Phone - 0240 2335387