



সুরক্ষিত জীবনের প্রতিশ্রুতি

ASTHA LIFE INSURANCE COMPANY LTD.

Head Office: SKS Tower, Level 12, 7 VIP Road, Mohakhali, Dhaka 1206, Bangladesh



FULL MEDICAL REPORT (FMR)

Proposer's Name:				
প্রস্তাবকের নাম				
Date of Birth:		Occupation:		
জন্ম তারিখ		পেশা		
Address:				
ঠিকানা				
Date of medical examination:		Physician:		
মেডিকেল পরীক্ষার তারিখ		চিকিৎসক		
1.	Have you ever seen the proposer professionally before? প্রস্তাবককে রোগী হিসেবে পূর্বে কখনও দেখেছেন কি?	YES হ্যাঁ	NO না	COMMENTS মন্তব্য
	If yes, when and why? যদি উত্তর হ্যাঁ হয়, তবে কখন এবং কেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	If not, do you know the proposer for other reasons? যদি উত্তর না হয়, তবে অন্য কোন কারণে প্রস্তাবককে চেনেন কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Is the proposer currently under medical treatment? বর্তমানে প্রস্তাবক কি কোন চিকিৎসা নিচ্ছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	If yes, Which? Since when? Why? যদি হ্যাঁ হয়- কি ধরনের চিকিৎসা? কবে থেকে? কেন?			
3.	GENERAL APPEARANCES (বাহ্যিক বিবরণ)			
	Height: cm/.....Fit..... Inches. Chest Measurement with Deep Breath:..... Inches. উচ্চতা সে.মি./.....ফিট.....ইঞ্চি বুকের মাপ পূর্ণ শ্বাস নিয়ে:ইঞ্চি Weight:kg./.....lb Chest Measurement after Breath..... Inches. ওজনকেজি/পাউন্ড বুকের মাপ শ্বাস ত্যাগের পরে :ইঞ্চি			
4.	Is the proposed person appeared healthy, as declared? ঘোষিত বয়স অনুযায়ী প্রস্তাবককে কি সুস্থ মনে হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any malformations or mutilations? দৃশ্যমান কোন বিকলঙ্গতা বা অঙ্গহানি আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NECK (ঘাড় ও গলা)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	RESPIRATORY SYSTEM (শ্বাসতন্ত্র)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Previous history? শ্বাসতন্ত্রের উল্লেখযোগ্য কোন রোগের ইতিহাস আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there signs of decreased chest expansion? পূর্ণ শ্বাসে বুকের সম্প্রসারণ কমে যাওয়ার কোন লক্ষণ আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there signs of abnormal dullness to percussion? বুকের পারকাশনে (ডাক্তারি পরীক্ষায়) কোন ভারী (dull) শব্দ আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there abnormal auscultatory signs? বুকের অসকালটেশনে (ডাক্তারি পরীক্ষায়) কোন অস্বাভাবিক লক্ষণ আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Is the voice normal? আপনার কণ্ঠ কি স্বাভাবিক?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	CARDIOVASCULAR SYSTEM (হৃদপিণ্ড ও রক্ত সঞ্চালন সিস্টেম)	YES হ্যাঁ	NO না	COMMENTS মন্তব্য
	Previous history? হৃদপিণ্ড ও রক্ত সঞ্চালন সিস্টেমে উল্লেখযোগ্য কোন রোগের ইতিহাস আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Is the heart enlarged? হৃদপিণ্ড কি স্বাভাবিকের চেয়ে বড়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are the heart sounds normal? (intensity, splitting, etc.) হৃদস্পন্দন কি সকল দিক থেকে স্বাভাবিক মনে হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any cardiac murmurs? (If any) কোন অস্বাভাবিক হৃদস্পন্দন আছে কি? (যদি থাকে)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolic (সিস্টোলিক) <input type="checkbox"/> Intensity (তীব্রতা) <input type="checkbox"/> Diastolic (ডায়াস্টোলিক)
	Does the murmur seem to be pathological? উক্ত অস্বাভাবিক হৃদস্পন্দন কি হৃদরোগের পূর্ব লক্ষণ মনে হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Does the murmur irradiate? উক্ত হৃদস্পন্দন কি ছড়িয়ে যায়? Where is its maximal intensity? কোথায় ইহার সর্বোচ্চ তীব্রতা অনুভূত হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Does the abdominal aorta seem dilated? পেটের মহাধমনি কি প্রসারিত মনে হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Are the peripheral pulses all present and symmetrical? শরীরের সকল নাড়ীর স্পন্দন কি স্বাভাবিক এবং সামঞ্জস্যপূর্ণ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any arterial murmurs in the cervical and femoral regions? ঘাড় বা উরুতে কোন ধমনীর অস্বাভাবিক স্পন্দন আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BLOOD PRESSURE (রক্তচাপ)			
	Systolic Diastolic With treatment <input type="checkbox"/> Without treatment <input type="checkbox"/> সিস্টোলিক রক্তচাপ ডায়াস্টোলিক রক্তচাপ চিকিৎসাধীন অবস্থায় চিকিৎসাবিহীন অবস্থায়			
	Pulse rate.....Type/ ধরণ <input type="checkbox"/> Regular/ নিয়মিত নাড়ীর গতি..... <input type="checkbox"/> Irregular/ অনিয়মিত			
	GASTROINTESTINAL SYSTEM (পরিপাকতন্ত্র)			
	Previous history? পরিপাকতন্ত্রের উল্লেখযোগ্য কোন রোগের ইতিহাস আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any abnormalities of the mouth, tongue, pharynx or tonsils? মুখ, জিহ্বা, গলবিল অথবা টনসিলে কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any abnormalities of the abdomen on palpation? প্রস্তাবকের পেটে হাত দিয়ে পরীক্ষার সময় কোন অস্বাভাবিকতা অনুভব করেছেন কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Hepatomegaly? যকৃত কি বড় মনে হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degree (মাত্রা) Consistency (শক্ত/নরম):
	Splenomegaly? প্লীহা কি বড় মনে হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degree (মাত্রা) Consistency (শক্ত/নরম):
	Are there any abnormalities of the hernia orifices? হার্নিয়ার ছিদ্রে অস্বাভাবিকতা আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there signs of haemorrhoids, previous melaena or rectal bleeding? (অর্শজনিত এবং পায়ুপথে রক্তক্ষরণের অথবা পূর্বে চিকিৎসার কোন লক্ষণ আছে কি?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Are there any stigmata of alcohol, tobacco, or drug abuse? মদ, তামাক বা নেশাজাতীয় কোন দ্রব্য সেবন বা অপব্যবহারের লক্ষণ আছে কি?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

GENITO URINARY SYSTEM (যৌন ও মূত্রাধার প্রণালী)				YES হ্যাঁ	NO না	COMMENTS মন্তব্য
Previous history? যৌন ও মূত্রাধার প্রণালীতে উল্লেখযোগ্য কোন রোগের ইতিহাস আছে কি?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
For men (পুরুষদের জন্য) Are there any signs of disease of the genital organs? testes, epididymis, prostate. যৌনঙ্গের কোন রোগের লক্ষণ আছে কি? যেমন- অন্ডকোষ, এপিডাইডিমিস ও প্রস্টেটের কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Is there gynaecomastia? স্তন কি স্বাভাবিকের চেয়ে বড়?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	For women (মহিলাদের জন্য): Are there any signs of disease of the genital organs? (যৌনঙ্গের কোন রোগের লক্ষণ আছে কি?)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any abnormalities of the breasts? (স্তনে কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি?)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EXAMINATION OF THE URINE (emitted in presence of the examining physician) (মূত্র পরীক্ষা: পরীক্ষাকারী চিকিৎসকের উপস্থিতিতে)						
APPEARANCES (দৃশ্যত)		ALBUMIN (এলবুমিন)	GLUCOSE (গ্লুকোজ)	PUS (পুয়)	OTHER ABNORMALITIES (অন্যান্য অস্বাভাবিকতা)	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM (সেন্ট্রাল স্নায়ুতন্ত্র)						
Previous history? সেন্ট্রাল স্নায়ুতন্ত্রে উল্লেখযোগ্য কোন রোগের ইতিহাস আছে কি?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sequellae অথবা এ জাতীয় কোন রোগের জন্য আনুষঙ্গিক পরিবর্তন আছে কি?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Are the papillary, abdominal or tendon reflexes abnormal চোখে, পেটে বা বিভিন্ন ধরনের টেন্ডনের কোন অস্বাভাবিক রিফ্লেক্স আছে কি?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any signs of autonomic nervous dysfunction? অটোনমিক স্নায়ুতন্ত্রের কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Are there any psychiatric or neurological abnormalities? মানসিক বা স্নায়ুবিদ্যিক কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SKIN AND INTEGUMENTARY SYSTEM (চর্ম এবং ত্বক্‌সংশ্লিষ্ট সিস্টেম)						
Are there any signs of: নিম্নোক্ত কোন লক্ষণ আছে? Jaundice or cyanosis? জন্ডিস বা নীল হয়ে যাওয়ার লক্ষণ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Skin eruption, cyst, tumour, varicosities or oedema? ত্বকের কোন রোগের চিহ্ন, সিস্ট, টিউমার, রক্তের শিরা ফুলে যাওয়া বা শরীরে পানি আসা?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lymphadenopathy? লিম্ফনোড কি স্বাভাবিকের চেয়ে বড়?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Scars or tattoos? ক্ষত চিহ্ন বা ট্যাটু?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tophi or xanthomata? কোন জয়েন্ট ফোলা বা চামড়ায় কোন হলুদ ফুসকুড়ি?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SKELETAL SYSTEM (কঙ্কালতন্ত্র)						
12.	Are there any abnormalities of the bones, joints or intervertebral discs? হাড়, সন্ধি ও মেরুদণ্ডে কোন অস্বাভাবিকতা আছে কি?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RM_E_1.1

বিগ্ধঃ প্রস্তাবকের স্বাক্ষর ও চিকিৎসকের স্বাক্ষর একই কলামে হওয়া বাঞ্ছনীয়

