

ALC

සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී කොට්ඨාශය

.....

කරුණාකර මෙම කාඩ්පත රැගෙනවිත් ඔබ ප්‍රදේශයේ
සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී හමුවී පරීක්ෂා කර ගන්න

දිනය -

සඳුදා/ අගහරුවාදා/ බදාදා/ බ්‍රහස්පතින්දා/ සිකුරාදා
/ සෙනසුරාදා

වේලාව -

ස්ථානය -

Referral and Back Referral Card

Date:..... ALC No.....

Name:.....Age:..... Sex.....

Consultant

Dear Sir / Madam

Please be kind enough to see this patient and do the
needful. Short history

Thank you

✂.....
(Medical Officer of Health))

Please fill up this part and hand over to the patient

Date..... ALC No.....

Name..... Age

MOH area

Diagnosis Excluded

Confirmed: Leprosy PB Leprosy MB

TB Other:

(Consultant))