



FILADELFIA BIBLE COLLEGE

(An Accredited Member of Asia Theological Association)
Sanjay Park, Church Road, Udaipur, Rajasthan, 313 004 Ph. (0294) 2430362
Mobile: 9783536288, 9828824599

Medical Form

This portion is to be filled by the applicant

Name : _____

Address: _____

Desired Program of Study: _____

This portion of the form should be filled by an authorised medical practitioner.
Who has checked the candidate thoroughly. All the questions in this form are compulsory.

1. Name of the applicant : _____

2. Date of birth : _____ Sex : _____

3. Height (in cm) _____ Weight (in kg): _____

4. Blood group _____

5. General : ENT _____

Skin _____

CVS _____

Eye-Sight _____

Abdomen _____

6. Family History : _____

Asthma _____ Hypertension _____

Diabetes _____

Past : _____

Jaundice _____ Operations _____

Fits _____ Any long term treatment _____

Allergy to any drugs _____

Intolerance or allergy to any food _____

7. Past treatment and recommendations: _____

Date _____

Important Note: Kindly attach CBC, Blood Group, Urine Routine and Microscopy, Chest X-Ray reports from on authentic Diagnostic Center.

Signature of Doctor

Address : _____

Seal



फिलादेलफिया बाइबिल कॉलेज

(एशिया थियोलॉजिकल एसोसिएशन का सदस्य)

संजय पार्क, चर्च रोड, उदयपुर, राजस्थान, 313004 फोन (0294) 2430362

मोबाइल: 9783536288, 9828824599

मेडिकल फार्म

आवेदक द्वारा भरने हेतु

नाम: _____

पता: _____

आप किस कोर्स में प्रवेश लेना चाहते हैं: _____

आवेदन पत्र का निम्न भाग मान्य चिकित्सक द्वारा भरा जाना है
जिन्होंने आवेदक को जाँचा हो। सभी प्रश्नों का उत्तर भरना अनिवार्य है।

1. आवेदक का नाम: _____

2. जन्म तिथि: _____ स्त्री / पुरुष: _____ 3. ऊँचाई (से.मी.): _____ वज़न (किलो): _____ 4. रक्त वर्ग: _____

5. सामान्य जानकारी: कान, नाक, गला _____

चर्म: _____

सी. वी. एस: _____

दृष्टि शक्ति: _____

पेट: _____

6. परिवार का इतिहास : _____

दमा: _____

रक्त चाप (बी. पी.): _____

मधुमेह (डाइबिटीज़): _____

पोलियो: _____

मिर्गी: _____

किसी दवा से एलर्जी: _____

किसी भोजन वस्तु से एलर्जी: _____

क्या आपका कोई ऑपरेशन हुआ है: _____

क्या आपका कोई इलाज चल रहा है: _____

7. पूर्व में किए हुए इलाज एवं डॉक्टर के सुझाव: _____

तिथि: _____

आवश्यक सूचना: एक मान्यता प्राप्त डायग्नोस्टिक से CBC, Blood Group, Urine, Routine and Microscopy, Chest X-Ray Reports अवश्य संलग्न करें।

डॉक्टर का हस्ताक्षर

पता: _____

मोहर