

இலக்கம்/பதிவு இலக்கம்/Registration No. ....  
 பள்ளி/பாடசாலை பல் கிளிநிக்/School Dental Clinic .....

**செயலாக்கம் அமைச்சு**  
**சுகாதார அமைச்சு**  
**Ministry of Health**

**சிறுமக குழந்தை சேவை**  
**சிறுவர் பல் சேவை**  
**CHILD DENTAL SERVICE**

பெயர்/Name .....

முகவரி/Address .....

பதிவுகள் (பக்கம் பக்கம்) /Appointments (See other side)

பதிவுகளை இடைவிடாமல் காப்பாற்றுவது சிகிச்சை பெறுவது பாதிக்கப்படலாம்.  
 Failure to keep appointments without reasonable explanation being supplied will affect further treatment.

பதிவுகளை இடைவிடாமல் காப்பாற்றுவது சிகிச்சை பெறுவது பாதிக்கப்படலாம்.  
 Inform (with registration number) if unable to attend for the appointment

(ச.பி.உ./ம.ப.பா /P. T. O)

இலக்கம்/பதிவு இலக்கம்/Registration No. ....

பள்ளி/பாடசாலை/School ..... பகுதி/வகுப்பு/Class .....

பெயர்/Name .....

முகவரி/Address .....

பிறந்த தேதி/Date of birth .....

கீழே உள்ள நோய்களில் குழந்தை எந்த நோயை அடைந்துள்ளதோ அதை (✓) குறிப்பிடுக.  
 Please indicate (✓) whether your child is suffering from any of the diseases listed below.

உடனடியாக கிடைக்கக்கூடிய நோய்க்குறிப்பு அட்டை கொண்டுவரவும்./Bring the diagnostic card if available.

ரோக வரலாறு மருத்துவ வரலாறு Medical History	ஆம் Yes	இல்லை No	கவனம் விசேட குறிப்பு Specify
அலர்ஜிக்/ஒவ்வாமை /Allergy			
அஸ்தமா /Asthma			
குழந்தைக்கு இரத்தப்போக்கு குறைபாடுகள்/Bleeding disorders			
கடல் ரோகம்/இருதய நோய்கள்/Heart Diseases			
சர்க்கரை/சலரோகம்/Diabetes			
அசைலாசை/வலிப்பு/Epilepsy			
உருக்கம்/வாதம்/Rheumatic Fever			
தற்போது பயன்படுத்தும் மருந்துகள்/Current medication			
பிற நோய்கள்/Any other illnesses			

சமீகிச டுநு வெலுல முற்பதிவு நேரம் Time of appointment	உலக கக டுதச நாளும் திகதியும் Day and Date	லெதன் கர்ஷு குறிப்புகள் Remarks

சமீகிசை விடு உன் இரக்டுல ஓகை லிசை.  
வரும்புது பந்துாரிகையை (tooth brush) எடுத்து வரவும்.  
Bring your tooth brush for the appointment.

**அலகர் சுகாடுச/அனுமதி வழங்கும் பத்திரம்/Declaration of consent**

<p>உன் ஓடு வலெசலரடாடு லு சாகு உன் விக்ககலரிசுடு ஓடு உலலாடு அலசு உன் சுகிகாடு லு டுல கஉகா அலகர் டுல/கலடுல (அலசு லலசு கசா கலிசை)</p> <p>நான் இதனால், எனதுபிள்ளைக்கு பல் வைத்தியர் அல்லது பாடசாலை பல் சிகிச்சையாளர் உரிய சிகிச்சை அளிப்பதற்கு அனுமதி அளிக்கின்றேன் / அனுமதி அளிக்கவில்லை (பொருத்தமில்லாத வாக்கியத்தை வெட்டி விடவும்)</p> <p>I do hereby give/not give (Delete the inappropriate word.) my consent to the dental surgeon or school dental therapist to provide appropriate treatment for my child.</p>	<p>ல/சு/காடுகர்லு கல பெற்றோர் அல்லது பாதுகாவலரின் பெயர் Name of the father/ mother/ guardian</p>
	<p>டுச திகதி Date</p>
	<p>அக்கை கையொப்பம் Signature</p>