



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, ऋषिकेश  
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, RISHIKESH

कर्मचारी स्वास्थ्य योजना औषधि मांग प्रपत्र (ओपीडी)

Employee Health Scheme Drugs Requisition Form (OPD)

रोगी का नाम Name of Patient:-	उम्र/Age: -	लिंग/Gender
कर्मचारी का नाम Name of Employee:-	कर्मचारी से संबंध Relationship to Employee:-	यूएचआईडी UHID
कर्मचारी आईडी/ईएचएस नंबर Employee ID/ EHS Number	फ़ोन नंबर Phone Number:-	दिनांक/Date
निदान/Diagnosis		

क्रम सं. Sl. No.	दवाएँ (केवल जेनेरिक नाम लिखें) Medication (Write generic names Only)	मात्रा (अधिकतम 3 माह हेतु) Quantity (Max. of 3 months)	यदि कोई ब्रांड वाली दवा लिख रहे हैं तो "बी" चिह्नित करें Mark "B" if writing a brand	यदि विशिष्ट ब्रांड की आवश्यकता है या दवा अस्पताल फॉर्मूलरी में शामिल नहीं है तो औचित्य लिखें Write justification if specific brand is needed & or medicine not included in hospital formulary
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

सलाहकार/रेजिडेंट के हस्ताक्षर /  
सलाहकार/रेजिडेंट का नाम

Signature of Consultant /Resident  
Name of Consultant / Resident

फार्मासिस्ट का नाम और हस्ताक्षर  
Pharmacist Name & Signature:  
वितरण की तिथि:  
Dispensed Date:

ईएचएस प्रभारी अधिकारी के मोहर  
सहित हस्ताक्षर  
Signature of EHS  
Officer-in-charge  
with Stamp