



कर्मचारी स्वास्थ्य योजना औषधि मांग प्रपत्र
Employee Health Scheme Drugs Requisition Form

रोगी का नाम
Name of Patient:- उम्र/Age: - लिंग/Gender

कर्मचारी का नाम
Name of Employee:- कर्मचारी से संबंध
Relation to Employee:- यूएचआईडी
UHID

कर्मचारी आईडी/ईएचएस नंबर
Employee ID/ EHS Number विभाग/Department वार्ड /Ward

निदान/Diagnosis फ़ोन नंबर
Phone Number:- दिनांक/Date

क्रम सं. Sl. No.	दवाएँ (केवल जेनेरिक नाम लिखें) Medication (Write generic names Only)	मात्रा Quantity	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 फॉर्मलरी 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:

उपरोक्त दवा ई-अस्पताल पर
उपलब्ध नहीं हैं
Above Medicine are not
available On E-Hospital

टीएल (नर्सिंग) के हस्ताक्षर/
टीएल (नर्सिंग) का नाम
Signature OF TL (Nursing)
Name of TL (Nursing)