

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কার্যক্রম  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর  
গড়-হাজিরা, যক্ষ্মা রোগীর বাড়ি পরিদর্শন ফরম

উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স/ টিবি ক্লিনিক/ লেপ্রোসী হাসপাতাল .....

প্রতি,

.....

স্বাস্থ্য সহকারী,

ওয়ার্ড নং .....

ইউনিয়ন .....

জনাব/ জনাবা ..... পিতা/ স্বামী .....

বয়স ..... রেজিঃ নং ..... গ্রাম .....

ইউনিয়ন .....

একজন যক্ষ্মা/ কুষ্ঠ রোগী। তিনি গত ..... তারিখ হতে ঔষধ গ্রহণে বিরত থাকায়  
অতি সত্বর তাহার বাড়ি পরিদর্শন করে মেডিকেল অফিসার (ডেজিগনেটেড) টিবি-লেপ্রোসী- এর নিকট রিপোর্ট  
প্রদানের জন্য আপনাকে নির্দেশ দেয়া হলো।

আদেশক্রমে

উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা

বাড়ি পরিদর্শনের রিপোর্ট

স্বাস্থ্য সহকারী