

प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय  
स्वास्थ्य निर्देशनालय



मासिक प्रगती प्रतिवेदन फाराम

स्वास्थ्य संस्था कोड					
प्रेषित मिति	/	/			
प्राप्त मिति	/	/			

आव

चलानी नं

श्री \_\_\_\_\_

विषय : आयुर्वेद सेवाको मासिक प्रतिवेदन सम्बन्धमा ।

महिना

वर्ष

उमेर समूह	नयाँ सेवाग्राही संख्या		पुनरावृत्त सेवाग्राही संख्या		जम्मा सेवाग्राही संख्या		जम्मा प्रेषण गरिएको संख्या	
	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष	महिला	पुरुष
≤ ६/१२								
६/१२-१								
१-४								
५-१६								
१७-५९								
≥ ६०								
जम्मा								

गाउँघर / शहरी क्लिनिक सेवा	जम्मा सेवा पाउनेको संख्या	
	संचालन भएको	संचालन नभएको
संचालन हुनुपर्ने		
महिला		
पुरुष		

क्रसं	स्वास्थ्य संस्थाको प्रकार	कोड
१	चिकित्सालय	१
२	आयुर्वेद स्वास्थ्य केन्द्र	२
३	आयुर्वेद औषधालय	३
४	पोलिक्लिनिक	४
५	क्लिनिक	५
६	अन्य	६

क्रसं	उपलब्ध सेवा	कोड
१	पञ्चकर्म (पूर्वकर्म/उपक्रम) सेवा	१
२	पञ्चकर्म (प्रधानकर्म) सेवा	२
३	क्षारसुत्र सेवा	३
४	उपचारात्मक योग सेवा	४
५	होमियोप्याथी सेवा	५
६	एकुपञ्चर सेवा	६

क्रसं	उपलब्ध सेवा	कोड
६	फिजियोथेरापी	६
७	नेचुरोप्याथी	७
८	सौरप्पा (आम्बी)	८
९	अन्य सुलाउने	९
१०	अन्य सुलाउने	१०
११	अन्य सुलाउने	११



नागरिक आरोग्य सेवा केन्द्रको नाम:.....

आ.ब.....

महिना:

साल:

नागरिक आरोग्य सेवा विवरण		
शिर्षक	संख्या	जम्मा
नागरिक आरोग्य केन्द्रको संख्या		
नागरिक आरोग्य समुह गठन		
घरभेट संख्या		
आधारभूत स्वास्थ्य सेवा		
पुर्वकर्म/पंचकर्म सेवा	महिला	
	पुरुष	
योग सेवा	महिला	
	पुरुष	
स्तनपाई सेवा	महिला	
	पुरुष	
होमियोप्याथि सेवा	महिला	
	पुरुष	
जेष्ठ नागरिक सेवा संख्या	महिला	
	पुरुष	
स्वास्थ्य प्रबर्धन अभियान संचालन		
जम्मा परिचालित अभियानकर्ता	महिला	
	पुरुष	
स्वस्थ जीवन कार्यक्रम	महिला	
	पुरुष	