

चिकित्सा जांच रिपोर्ट / MEDICAL EXAMINATION REPORT - 2026

(सरकारी श्रेणी 'A' के पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा जारी की जानी है)

To be issued by a Government Class 'A' Registered Medical Practitioner)

व्यक्तिगत विवरण (विद्यार्थी द्वारा भरा जाना है)

PERSONAL HISTORY (to be filled by student)

1. नाम /Name :
2. माता-पिता/अभिभावक का नाम
Parent / Guardian's Name :
3. वर्तमान पता /Present address :
.....
4. संपर्क मोबाइल नंबर / Contact mobile number:
छात्र/Student's..... माता-पिता/Parent's.....
5. पंजीकरण संख्या/Registration No :
6. शाखा / Branch :
7. आयु / Age : वर्ष /Years..... माह/Months
8. लिंग / Sex :
9. शरीर पर पहचान चिह्न (यदि कोई हो) :
(जैसे तिल, निशान या जन्मचिह्न) /Identification Mark of the Body (if any)
(This can be a mole, scar or birthmark)
10. कोई मुख्य बीमारी/शल्य चिकित्सा :
(यदि कोई हुआ हो तो) /Major illness / Surgery, if any
(बीमारी/शल्य चिकित्सा का विवरण दें)/ (Specify nature of illness / Surgery done)

चिकित्सा प्रमाण पत्र/ MEDICAL CERTIFICATE

निम्नलिखित विवरण श्रेणी 'ए' के पंजीकृत चिकित्सक द्वारा चिकित्सा जांच के दौरान भरा जाना है।

The following are to be filled by the Class 'A' Registered Medical Practitioner conducting the medical examination

1. ऊँचाई /Height:..... सेमी /cm
2. वजन / Weight:..... किग्रा /kg
3. पूर्व चिकित्सा संबंधी विवरण /Past medical history
 - a) *मानसिक रोग (यदि हाँ तो, विवरण दें)
*Mental Disease (if yes furnish details)
 - b) मिर्गी के दौरे /Epileptic Fits.....
4. छाती /Chest
 - a) श्वास लेते समय /Inspiration..... सेंटीमीटर /cm
 - b) श्वास छोड़ते समय / Expiration..... सेंटीमीटर /cm
5. रक्त ग्रुप / Blood Group.....
6. श्रवण / Hearing.....
7. दृष्टि (चश्मे के साथ या बिना) /Vision with or without glasses
 - a) दाहिनी आँख /Right Eye.....
 - b) बाई आँख /Left Eye.....
 - c) वर्णांधता /Color Blindness.....
 - d) यूनिकलर विशन /Unicolor.....on.....

8. श्वसन तंत्र /Respiratory system.....
9. तंत्रिका तंत्र / Nervous system.....
10. हृदय / Heart
 - a) सामान्य हृदय ध्वनियाँ / Sounds.....
 - b) हृदय में असामान्य ध्वनि / Murmur.....
11. पेट / Abdomen
 - a) यकृत / Liver.....
 - b) प्लीहा / Spleen.....
 - c) हर्नियल छिद्र / Hernial orifices.....
 - d) हाइड्रोसील / Hydrocele.....
13. अन्य कोई दोष / Any other defects.....

प्रमाणित किया जाता है कि.....,

.....के सुपुत्र/सुपुत्री है।

Certified that..... son/daughter of.....

कृपया सही विकल्प पर टिक चिह्न लगाएँ / Please put Tick Marks

- a) निर्धारित शारीरिक स्वास्थ्य मानकों को पूरा करता है और आई आई एस टी में प्रवेश के लिए योग्य (FIT) है।/ fulfils the prescribed standard of physical fitness and is FIT for admission to IIST.
- b) निर्धारित शारीरिक स्वास्थ्य मानकों को पूरा नहीं करता है और निम्नलिखित दोषों के कारण प्रवेश के लिए अस्थायी रूप से अयोग्य (UNFIT) है। / does not fulfil the prescribed standard of physical fitness and is temporarily unfit for admission due to following defects.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
Signature of the Medical Officer

उम्मीदवार के हस्ताक्षर
Signature of the Candidate

पूरा नाम / Full Name.....

चिकित्सा पंजीकरण संख्या / Medical Registration No.....

तिथि / Date.....

अस्पताल/कार्यालय मोहर / Hospital/Office Seal

आईआईएसटी में प्रवेश के समय चिकित्सा प्रक्रिया के संबंध में छात्रों के लिए अनुदेश
Instructions to students regarding medical procedure at the time of admission to IIST

सामान्य अपेक्षाएँ / GENERAL EXPECTATIONS

उम्मीदवारों का शारीरिक स्वास्थ्य अच्छा होना चाहिए, विशेष रूप से,
Candidates should have good general physique, in particular,

- a) छाती का माप 70 सेंटीमीटर से कम नहीं होना चाहिए, और उसके विस्तार और संकुचन की सीमाएँ संतोषजनक होनी चाहिए।

Chest Measurement should be not be less than 70 cm, with satisfactory limits of expansion and contraction

- b) दृष्टि सामान्य होनी चाहिए। यदि दृष्टि में दोष है, तो दोनों आँखों में 6/9 या बेहतर आँख में 6/6 तक दृष्टि का सुधार किया जाना चाहिए।

Vision should be normal. In case of defective vision, it should be corrected to 6/9 in both eyes or 6/6 in the better eye.

- c) सुनने की क्षमता सामान्य होनी चाहिए। यदि सुनने की क्षमता में दोष है, तो उसका सुधार किया जाना चाहिए।

Hearing should be normal. Defective hearing should be corrected.

- d) हृदय और फेफड़ों में कोई असामान्यता नहीं होनी चाहिए।

Heart and lungs should not have any abnormality.

- e) किसी भी प्रकार की मानसिक बीमारी या मिर्गी के दौरे का इतिहास नहीं होना चाहिए।

There should be no history of mental disease or epileptic fits.

- f) यदि आवश्यक टीकाकरण नहीं कराया गया है या उसका प्रमाण उपलब्ध नहीं है, तो छात्र को पूर्ण टीकाकरण कराकर सरकारी अस्पताल के सिविल सर्जन/चिकित्सा अधिकारी से प्रमाण पत्र प्राप्त करना अनिवार्य है।

If the required vaccinations are not taken or proper documents to support vaccination status not available, Student should undergo immunization schedule in full and furnish the certificate in the enclosed format signed by Civil Surgeon/Medical Officer of a Government Hospital(Mandatory)

- g) चिकित्सा प्रमाण पत्र तथा टीकाकरण प्रमाण पत्र, प्रवेश के दिन आईआईएसटी चिकित्सा केंद्र में प्रस्तुत करना अनिवार्य है।

Medical certificate along with vaccination certificate must be submitted at IIST

Medical center at the day of admission while doing medical briefing.

संस्तुत टीकाकरण अनुसूची / RECOMMENDED VACCINATION SCHEDULE

1) वेरिसेला (चिकन पॉक्स) / Varicella (Chicken Pox)

जिन व्यक्तियों को पहले चिकन पॉक्स नहीं हुआ है या जिन्होंने इसका टीका नहीं लगवाया है, उन्हें 4 सप्ताह के अंतराल पर 2 खुराकें लेनी होंगी। For those who have not had Chicken Pox or the vaccine, 2 doses of the vaccine with an interval of 4 weeks between the doses.

2) मीसिल्स, मम्स एवं रुबेला / Measles, Mumps and Rubella :

जिन किशोरों को एमएमआर वैक्सीन की दो खुराकें नहीं मिली हैं, उन्हें 4 सप्ताह के अंतराल पर 2 खुराकें लेनी होंगी। / Adolescents who did not receive the two-shot course of MMR vaccine, should receive 2 doses 4 weeks apart.

टीकाकरण प्रमाण पत्र /CERTIFICATE OF VACCINATION

(प्रवेश के समय प्रस्तुत किया जाना है)

(TO BE SUBMITTED AT THE TIME OF JOINING)

टीके का नाम Name of Vaccine	टीकाकरण की तिथि Date of Vaccination	डॉक्टर के हस्ताक्षर एवं मुहर Doctor's Signature along with seal
एम एम आर MMR		
चिकन पॉक्स Chickenpox		

स्थान :

Place

उम्मीदवार के हस्ताक्षर

Signature of the candidate

तिथि / Date :

छात्र और उनके माता-पिता द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली घोषणा जिसमें छात्र के एलर्जी या अन्य बीमारियों से पीड़ित होने तथा ली जा रही दवाइयों का विवरण है।

DECLARATION TO BE SUBMITTED BY THE PARENT AND STUDENT REGARDING DISEASES/ALLERGIES SUFFERED & MEDICINES BEING ADMINISTERED BY THE STUDENT

मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ / करती हूँ कि मेरा पुत्र / मेरी पुत्री श्री / कुमारी, छात्र पहचान संख्या, स्नातक / स्नातकोत्तर / पि एच डी कार्यक्रम, निम्नलिखित एलर्जी या अन्य बीमारियों से पीड़ित है और उन्हें नीचे उल्लिखित दवाइयां दी जा रही हैं।

I hereby declare that my son/daughter Shri./ Ms of Undergraduate / Postgraduate / Ph.D Course in..... SC No. is suffering from following allergies/ diseases and the given medicines are being administered.

क्रम सं SI No.	एलर्जी या अन्य बीमारियों का नाम Name of allergies/ diseases	दवा का नाम Name of the medicine	दवा की कीमत - प्रति गोली / प्रति बोतल Price of the medicine per tablet/ per bottle etc	दवा लेने का प्रयोजन Purpose for administering the medicine

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर / Signature of the parent/guardian:

माता-पिता/अभिभावक का नाम/ Name of the parent/guardian :

छात्र के हस्ताक्षर / Signature of the student :

छात्र का नाम / Name of the student :

तारीख / Date:

