

मलेरिया रोगी को दवा खिलाने का भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	रोगी का नाम	पता	उम्र	लिंग पुरुष/ महिला	मलेरिया का प्रकार (पीबी/ पीएफ)	रक्त पट्टिका संख्या व दिनांक	उपचार शुरू करने की दिनांक	उपचार पूर्ण होने की दिनांक	फॉलोअप रक्त पट्टिका
1									
2									
3									
4									
5									

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त मरीज को दवा आशा की देखरेख में खिलाई गई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/ वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका