

**Govt. of People's Republic of Bangladesh**  
**Ministry of Health and Family Welfare**  
**(Official seal/logo)**

**Serial no.:**

**Reference:**

**Name:**

**Religion:**

**Father's/ Spouse's/Guardian's name:**

**Address:**

**Date:**

**Age:**

**Sex:**

Passport size photo

**Date and Time of Arrival:**

**Identified by (Name and Address):**

**Identification Marks: 1)**

**2)**

**Date and Time of Admission in the Hospital:**

**Date, Time and place of Examination:**

**Consent for physical examination/(শারীরিক পরীক্ষার অনুমতি):ঃ**

আমি.....বয়স.....পিতা....., ঠিকানা.....স

জ্ঞানে বুঝিয়া শারীরিক আঘাতের সঠিক বিবরণ লিপিবদ্ধ করার জন্য চিকিতসক দ্বারা আমার শারীরিক পরীক্ষার জন্য অনুমতি প্রদান করছি।

নামঃ

স্বাক্ষর/টিপসইঃ

স্বাক্ষীর নামঃ

স্বাক্ষর/টিপসইঃ

**Brief History:**

**List of the injuries:**

S/ No.	Type of Injury	Site of injury (in relation to anatomical landmark)	Description of wound	Measurement of the injury	Probable age of the injury	Type of weapon	Nature of injury	Remarks
								-Whether X-rayed or other investigations done, -Discharged after first aid treatment or admitted under observation or referred for further reports or management into higher facilities -Any relevant information

**Opinion:**

**Date:**

**Signature and seal of examining Doctor:**

**BMDC reg No.:**