



# श्री अमरनाथजी यात्रा 2025 के लिए अनिवार्य स्वास्थ्य प्रमाणपत्र

## भाग क: (आवेदक द्वारा भरा जाएगा)

- नाम: \_\_\_\_\_ पुत्र/श्री, पुत्री/श्री, पत्नि/श्री: \_\_\_\_\_
- पता: \_\_\_\_\_
- जन्मतिथि: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ आधार संख्या \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ब्लड ग्रुप \_\_\_\_
- पहचान चिन्ह: \_\_\_\_\_

हाल ही में पासपोर्ट  
आकार की तस्वीर  
यहां चिपकाएं

### आयु सीमा:

क) यात्रियों हेतु: 13 वर्ष से कम और 70 वर्ष से अधिक आयु नहीं होनी चाहिए।

ख) 6 सप्ताह से अधिक की गर्भावस्था वाली किसी भी महिला को यात्रा 2025 के लिए पंजीकृत नहीं किया जाएगा

## 5. घोषणा : क्या आपका निम्नलिखित में से किसी बीमारी से ग्रसित होने या बीमारी का कोई इतिहास है।

क्रम संख्या.	स्थिति	हाँ	नहीं	क्रम संख्या	स्थिति	हाँ	नहीं
क)	श्वास लेने में कठिनाई			ख)	मधुमेह		
ग)	श्वास/फेफड़ों का रोग			घ)	उच्च रक्त चाप		
इ)	रक्त विकार			च)	अस्थमा		
छ)	रक्तस्राव की प्रवृत्ति			ज)	मिर्गी		
झ)	हृदय रोग			ञ)	नर्वस ब्रेकडाउन		
ट)	जोड़ों में दर्द			ठ)	उच्च ऊंचाई/पर्वतीय बीमारी		
ड)	कान से रिसाव			ड)	स्ट्रोक/पक्षाघात होने का कोई इतिहास		
ण)	क्या आप धूम्रपान करते हैं			त)	क्या आप गर्भवती हैं (महिला यात्रियों के लिए लागू)		

- हृदयघात का इतिहास, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_
- परिवार के किसी सदस्य की अचानक हुई मृत्यु का इतिहास, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_
- पूर्व में कोई बड़ी चोट, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_
- अन्य रोग, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_
- शल्य चिकित्सा, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_
- आपका कोई इलाज चल रहा है, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_
- आपको किसी औषधि, भोजन और रसायन से कोई ऐलर्जी है, यदि हाँ कृपया उल्लेख करें \_\_\_\_\_

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा उपर्युक्त दिया गया सभी विवरण सत्य है, और कुछ भी छुपाया नहीं गया है।

दिनांक: \_\_\_\_\_

(यात्री के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान)

## भाग ख: (प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाएगा)

आवेदक द्वारा दी गई जानकारी, विस्तारित परीक्षण और आवश्यक जाँचों के आधार पर यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/सुश्री/श्रीमति \_\_\_\_\_ श्री अमरनाथजी पवित्र तीर्थयात्रा के लिए स्वस्थ हैं।

प्रमाण पत्र जारी करने से पूर्व किए गए विशिष्ट परीक्षणों का विवरण : \_\_\_\_\_

चिकित्सक का नाम \_\_\_\_\_

प्राधिकृत चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर एवं मुहर

पदनाम \_\_\_\_\_

एमसीआई/ राज्य चिकित्सा परिषद पंजीकरण सं. \_\_\_\_\_

जारी करने की तिथि \_\_\_\_\_