



कर्मचारी राज्य बीमा निगम  
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION



बीमा चिकित्सा अधिकारी द्वारा चोट संबंधी रिपोर्ट  
Injury Report By Insurance Medical Officer

क्रमांक / Serial

चोटग्रस्त व्यक्ति का नाम  
Father's/Husband's Name

ओषधालाय को मोहर / Stamp of Dispensary

आयु  
Age

लिंग  
Sex

बीमा संख्या  
Insurance No.

पिता / पति का नाम  
Father's/Husband's Name

पता / Address

नियोजक का नाम एवं पता  
Name and address of the employer

दुर्घटना रिपोर्ट की संख्या एवं तारीख  
Date and receipt of accident report

जांच का स्थान  
Place of Examination

जांच का तारीख एवं समय  
Date and time of Examination

**चिकित्सा रिपोर्ट / MEDICAL REPORT**

सामान्य / General

वर्तमान चोट के ब्यौरे / Particulars of the present injury

(स्वरूप सीमा, स्थान इत्यादि लिखें) (State nature; extent, site etc.)

(घातक, जीवन के लिए खतरनाक, गहरी या मानूली) (संभाव्य कारण)

(Fatal, dangerous to life, grievous or simple) (Probable cause)

क्या चोट से उसके भावि रोजगार में कोई बाधा आयोगी या नहीं। यदि हाँ तो कब तक?

Whether or not the injury will interfere with his future employment, if so, for how long?

क्या कोई वर्तमान स्थिति है (जैसे की जखमी हिस्से को कोई पुरानी संक्रमक या पैदा हुई श्रक्षमता या रोग)

Is there any existing condition. (e.g. any old congenital or acquired deformity or disease of the injured part).

कोई अन्य अभ्युक्तीयाँ / Any other remarks

हस्ताक्षर / Signature

बीमा चिकित्सा अधिकारी / Insurance Medical Officer

दिनांक / Date

रबड़ मोहर या नाम स्पष्ट अक्षरों में / Rubber Stamp or  
Name in Block Letters