



विदेशबाट नेपाल फर्कने व्यक्तिले भर्नुपर्ने फारम

यो फारम यस प्रवेशद्वारको माध्यमबाट यस देशमा प्रवेश गर्ने यात्रुहरूको महत्वपूर्ण सूचनाहरू प्राप्त गर्नका लागि हो। यो जानकारी नेपाल सरकारद्वारा लागू राष्ट्रिय कानून बमोजिम प्रयोग गरिनेछ।

यदि तपाईंलाई सहयोग चाहिएको छ भने अधिकारीलाई सोध्नु होस्।

आगमन मिति(साल/महिना/ गते) २० __ / __ / __ गते।

१.	उडान/वस नं.		सिट नं.					
	१.१	नाम	१.२	थर				
	१.३	लिंग पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/>	१.४	नागरिकता नेपाली <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/>				
	१.५	जन्म मिति (साल/महिना/गते) २० __ / __ / __	१.६	राहदानी/ नागरिकता नं. क जारी मिति ख जिल्ला				
	१.७	स्थायी ठेगाना	प्रदेश	जिल्ला	न.पा./गा.पा.	वडा नं.	गांउ टोल	
	१.८	नेपाल फर्के पछि रहने स्थान	प्रदेश	जिल्ला	न.पा./गा.पा.	वडा नं.	गांउ टोल	होटल
	१.९	नेपालमा सम्पर्क नं.	१.९.१	आफ्नो (मो/टेलिफोन नं.)		ईमेल		
			१.९.२	श्रीमान/श्रीमती/ अभिभावको	नामथर	सम्बन्ध	सम्पर्क नं.	
			१.९.३	नजिकको सम्पर्क व्यक्तिको	नामथर	सम्बन्ध	सम्पर्क नं.	
	२	पारिवारिक विवरण	२.१	बुबाको नाम थर		२.२	आमाको नामथर	
२.३			श्रीमान/श्रीमतीको नामथर		२.४	अभिभावकको नामथर		
३	यात्राको विवरण (गत ३० दिनको)							
	बाट		सम्म	उडान नं./वस नं.	मिति			
	क							
	ख							
४	हाल रहेको देशको विवरण	४.१	देशको नाम		४.२	रहेको शहर		
		४.३	आउने कारण		४.४	पछिल्लो पटक बसेको अवधि		
		४.५	विदेशमा गरेको काम	कार्य/जिम्मेवारी		अनुभव (वर्ष)		
				१.				
५	नेपाल फर्केपछिको भावी योजना बारे(√ चिन्ह लगाउनु होस)	५.१	स्वदेशमै रहने <input type="checkbox"/>	विदेश फर्कने <input type="checkbox"/>				
		५.२	विदेश फर्कने भए देशको नाम					
६	क्वारेन्टाईन सम्बन्धि विवरण	६.१	नेपाल पुगेपछि १४ दिन क्वारेन्टाईनमा बस्नु पर्ने बारे जानकारी हुनु हुन्छ		छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>		
		६.२	ईच्छाईएको क्वारेन्टाईन कुनै एकमा (√) चिन्ह लगाउनु होस	आफ्नै खर्चमा होटल क्वारेन्टाईन				
				स्थानिय तहले व्यवस्थापन गरेको क्वारेन्टाईन				
		होम क्वारेन्टाईन						

स्वास्थ्य विवरण						
७.१	पहिला कोभिड-१९ बाट संक्रमित हुनु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>	
७.२	पछिल्लो एक महिना यता कुनै स्वास्थ्य समस्या रहेको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>	
७.३	कोभिड-१९ को लागी ल्याब परीक्षण गर्नु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>	
	७.३.१	ल्याब परीक्षण गरेको भए, परीक्षण विधि		RDT <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>	
	७.३.२	परीक्षण गरेको भए मिति	____/____/____	७.३.३	नतिजा	
				Positive <input type="checkbox"/>	Negative <input type="checkbox"/>	
७.४	हाल निम्न मध्येका लक्षण भए (<input checked="" type="checkbox"/>) चिन्ह लगाउनु होस					
	७.४.१	ज्वरो (38° C/100.4° F भन्दा बढि तापक्रम)			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.२	खोकी			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.३	स्वास फेर्न गाहो हुने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.४	थकान महसुस हुने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.५	पखाला लाग्ने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.६	बान्ता हुने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.७	रक्तश्राव हुने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.८	दाग देखिने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.९	टाउको दुख्ने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.४.१०	गन्ध नपाउने			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
७.५	७.५.१	पछिल्लो १४ दिनमा स्वासप्रश्वास सम्बन्धि समस्या भएका व्यक्तिसंग सम्पर्कमा आउनु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.५.२	सिकिस्त विरामी वा कारण पत्ता नलागी मृत्यु भएका व्यक्तिलाई हेरचाह गर्नु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.५.३	कुनै शवलाई छुनु वा शव दहन स्थलमा जानु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
७.६	७.६.१	कुनै पनि दिर्घ रोगको निरन्तर औषधी सेवन गरिरहनु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.६.२	दिर्घ रोगको जानकारी भएमा रोगको नाम (१) _____ (२) _____ (३) _____				
७.७	महिलाहरूको हकमा मात्र					
	७.७.१	हाल गर्भवती रहनु भएको वा हालै सुत्केरी रहनु भएको			छ <input type="checkbox"/>	छैन <input type="checkbox"/>
	७.७.२	गर्भवती भएको भए हाल कति महिनाको गर्भ रहेको छ ?			---- महिना	

स्वघोषणा

- उपरोक्त सबै विवरण ठिक छ झुटो ठहरे कारवाही भोग्न तयार छु।
- क्वारेन्टाइनमा रहँदा सरकारबाट जारी स्वास्थ्य निर्देशनको पालना गर्नेछु।
- मेरो कारणबाट परिवार र समाजमा यो रोग नफैलोस र यो रोगबाट आफू, परिवार र देशलाई बचाउन अनुसासनका सबै नियमहरू हुबहु पालना गर्नेछु।
- आफ्नै खर्चमा होटल क्वारेन्टाइनमा रहँदा होटलको लागेको खर्च म आफूले नै व्यहोर्ने छु।

निवेदक	
हस्ताक्षर	
नाम थर	
मिति	
फोन नं.	

- प्रत्येक यात्रुले पुर्णरूपमा यो फाराम भरि त्रिभुवन अन्तर्राष्ट्रिय विमानस्थलको Arrival वा Point of Entry मा रहेको हेल्थ डेक्समा अनिवार्य रूपमा बुझाउनु पर्नेछ।
- तपाइको प्रदेश अनुसारको होल्डिङ एरियामा लैजान प्रदेश नम्बर सहितको कार्ड बोकेको स्वयं सेवकलाई Follow गर्नुहोला।

- नियमित साबुन पानीले हात धुने/स्यानिटाईजर प्रयोग गर्ने बानी बसालौं।
- मास्कको प्रयोग गरौं।
- खोकदा हयाच्छु गर्दा मास्क/कुहिनोले नाक, मुख छोप्ने गरौं।
- सामाजिक दुरी कायम गरौं।

आफु मात्र हैन, अरुलाई पनि सुरक्षित राख्ने हाम्रो जिम्मेवारी हो।

सहयोगको लागि धन्यवाद !!!

सहयोगको लागि सम्पर्क

इपिडिमियोलोजी तथा रोग नियन्त्रण महाशाखा टेकु, काठमाण्डौ

फोन नं.०१-४२५५७९६ (समय: १०००-१७००) ईमेल: ewarsedcd@gmail.com अथवा कल सेन्टर नं.१११५ (Toll Free), Facebook: www.facebook.com/edcdnepal