

## Health Card - Bangladesh



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
Government of the People's Republic of Bangladesh  
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়  
Ministry of Health & Family Welfare

### স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণাপত্র (HEALTH DECLARATION FORM)

সকল তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং শুধুমাত্র আপনি অসুস্থ হলেই আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য ব্যবহৃত হবে।

(All information shall be kept confidential and will be used only for contact tracing in the event of your illness)

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের ২০১৯-নভেল করোনা ভাইরাস (২০১৯-nCoV) সংক্রমণ ফ্রিনিং কার্যক্রমের অংশ হিসাবে দেশের স্থল/ নৌ/ বিমানবন্দর সমূহের মাধ্যমে দেশে প্রবেশকারীদের নিজের তথ্যগুলি পূরণ করতে হবে।

(The Government of People's Republic of Bangladesh mandatorily requires all the passengers entering through ground crossings, by sea port or by airport to fill in the form as a part of health screening).

যাত্রীর নাম (Name):.....

বয়স (Age):..... লিঙ্গ (Sex):.....

জাতীয়তা (Nationality): ..... পাসপোর্ট নং (Passport No):.....

ফ্লাইট / গাড়ী নং (Flight/Vehicle No):..... আসন নং (Seat No): .....

যে দেশ থেকে যাত্রা শুরু করেছেন (Port of embarkation/Entry):.....

আগমনের তারিখ (Date of Arrival):.....প্রস্থানের তারিখ (Date of Departure):.....

গত ২সপ্তাহে যে সমস্ত দেশ ভ্রমণ করেছেন? (Countries visited within last 2 weeks):.....

যদি চীন থেকে এসে থাকেন তা হলে কোন কোন শহরে আপনি অবস্থান করেছেন?

(If coming from China, which state/province/did you visit?).....

নিচের কোন লক্ষণ থাকলে সেই ঘরে টিক চিহ্ন দিন:

Please tick (v) if you have any of the following symptoms:

- জ্বর (Fever)       শ্বাসকষ্ট (Shortness of Breath)       বমি বমি ভাব (Vomiting Tendency)  
 কাশি (Cough)       মাথাব্যথা (Headache)       শ্বাসকষ্টের সাথে বুকে ব্যথা (Chest pain with Pneumonia)

বাংলাদেশের অবস্থানকালীন ঠিকানা (Address in Bangladesh):.....

..... ফোন (Phone) / মোবাইল নং (Mobile No.):.....

উপরের যে কোন একটি উপসর্গ থাকলে আপনি বিমান বন্দরে অবস্থিত আইএইচআর স্বাস্থ্য ডেকে যোগাযোগ করুন (In case you have the above symptoms you may be subjected to further examination at the nearest health facility).

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা : আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি আমার জানা মতে এ সকল তথ্য সত্য।

(Declaration: I hereby declare that the information provided in this form is true to the best of my knowledge)

যাত্রীর স্বাক্ষর (Signature of Passenger):.....

স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর (Signature Health Officer):.....

.....

শুধুমাত্র ইমিগ্রেশনের ব্যবহারের জন্য (For Immigration Use only)

যাত্রীর নাম (Name):.....

বয়স (Age):..... লিঙ্গ (Sex):.....

জাতীয়তা (Nationality):..... পাসপোর্ট নং (Passport No):.....

ফ্লাইট / গাড়ী নং (Flight/Vehicle No):..... আসন নং (Seat No): .....

স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর (Signature Health Officer):.....