



INDIRA GANDHI MEMORIAL HOSPITAL

Kan'baa Aisaarani Hingun, 20402, Male', Republic of Maldives

Telephone: 3335335, Facsimile: 3316640



New Patient Registration Form

މަރިޔުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ.

Assalam Alaikum! We need to collect some very important information, accurately from all patients registering at IGMH for the first time. This information will help us to serve you better. If possible please fill all the relevant fields. Fields marked with an asterik (*) are mandatory

މަރިޔުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ. ބޭނުންވާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ. ބޭނުންވާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ. ބޭނުންވާ ފަރާތްތަކުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ.

Personal Information

މަރިޔުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ.

First Name (Mr. / Master / Miss / Ms. / Mrs.)*

Middle Name

Family Name (Last Name)*

Gender* Male Female Date of Birth* - - Age Yrs.

Primary Language Nationality Country of Residence

NIC No.* Passport No. Work Permit No.*
(for foreigners)

Marital Status: Single Married Others

Blood Group Occupation

Do you have any drug allergy?
No Not Known Yes (Please Specify Below)

Allergies (Please Specify).....

Contact Information

މަރިޔުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ.

Patient Type* Local Foreign

Permanent Address* Contact Address

Country: Country:

Atoll: Island: Atoll: Island:

Ward: House: Ward: House:

Telephone (Home) Telephone (Work) Telephone (Mobile)

Emergency Contact Person:
Full Name (Mr., Mrs., Miss, Ms.)

Telephone (Mobile / Work / Residence) Relationship to Patient

For Hospital Use Only

މަރިޔުގެ ނަންބަރު ފުރިހަމަކުރުމަށް ބޭނުންވާ ބޭފުޅުން ފުރުޞަތު ހޯދެވިފައި ވެއެވެ.

Registered by Department

Date Time

Registration No.