

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ

အမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်-----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ

လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

(၁) လွန်ခဲ့သည့် ၃ လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ

လွန်ခဲ့သော ၅နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

(၂) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

နှလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန်	သွေးတိုးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရင်ဆို့နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	နှလုံးအဆိုရှင်ရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>		
ဦးနှောက်	ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေး သွန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွတ်ကြော ဖောင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော	စိတ်ကျရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ့်ကလျားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ် ယွင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဝက်ရူးပြန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အရက်စွဲခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အဆုတ်	အဆုတ်ရောဂါ (တီဘီစသည်)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အစာအိမ်၊ အသည်း၊ ကျောက်ကပ်	အစာအိမ်အနာဖြစ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	အသည်းရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသည်းခြောက်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်း ရောဂါ Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ပုံမှန် အလုပ်မလုပ်ခြင်း Kidney failure	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
မျက်လုံး	အတွင်းတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရေတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	မြင်လွှာရောဂါ(Retinitis pigmentosa)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
ကင်ဆာ၊ အလုံး အကျိတ်(ကင်ဆာ ဖြစ်သော၊ ကင်ဆာ မဟုတ်သော)	ကင်ဆာနှင့်ကင်ဆာမဟုတ်သော အလုံးအကျိတ်စသည်			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အမျိုးသမီးသီးသန့်	သားအိမ်အလုံး	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှို့ရည်ဂလင်းရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ခွဲမွေးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အခြား	သွေးထဲအဆီများလွန်းခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပန်းနာရင်ကြပ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဆီးချိုရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ခါးနာခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရိုးဆက်ရောင်ရမ်းနာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	လေးဘက်နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကိုယ်ဝန်မရခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

(၃) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ဇယားတွင်မပါရှိသော ရောဂါနှင့်ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန်စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ ၇ ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း အပါအဝင်၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား)

ရှိ မရှိ

ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု(သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်းချို့ယွင်းနေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသောထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများရှိပါသလား။

ရှိ မရှိ

(၁) အစိတ်အပိုင်း -

(၂) အခြေအနေ -

(၃) ရောဂါအခြေအနေဒီထက်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲတည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် -----နှစ် -----
-----လ

(၄) အကြောင်းရင်း -

(၅) အမြင်အာရုံ - (ဘယ်)ပါဝါ (ညာ) ပါဝါ

ဆေးစစ်ခြင်း

(၅) လွန်ခဲ့သော ၁ နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများကိုခံယူခဲ့ပြီး၊ မူမမှန် သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။

ရှိ မရှိ

(က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်လ -----နှစ် ----- လခန့်

(ခ) မူမမှန်သည့်အချက်-----

(၆) (၁) မှ (၅)အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် “ရှိ” ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင် အသေးစိတ်ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

(က) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----

(ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----

(ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ အခြား

• အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း (လတွင် ကြိမ်)

(င) စမ်းသပ်ခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်း၊ ကုသခြင်းကာလ -----ခုနှစ်၊-----လ မှ -----ခုနှစ်၊-----လ

(၅) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိက ဖော်ပြရန် -----

မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့်ရောဂါလက္ခဏာ

(၇) လွန်ခဲ့သော ၆ လအတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို ၁ ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။

ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း

ရှိ မရှိ

ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း

(၈) လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ရှိ မရှိ

ကိုယ်ဝန်

(၉) လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မှုးဝေအော့အန်ခြင်းဖြစ်နေ သည်ဟု ယူဆရ သည့် လက္ခဏာ ရှိခြင်း စသည့်ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့်လက္ခဏာများရှိပါသလား။

ရှိ မရှိ

အဖြေသည်“ရှိ”ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင်ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာ ကို တင်ပြပေးပါရန်။

အခြား

(၁၀) ယခု(သို့မဟုတ်)လွန်ခဲ့သော ၁၂ လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။ ရှိ မရှိ

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် : နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် :

(၁၁) အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။ ရှိ မရှိ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား :

နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ :

အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ

(၁၂) ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -----

ပေါ်လီစီအမှတ် -----

ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ်-----

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----

အာမခံသက်တမ်း ----- မှ ----- ထိ

ဝန်ခံချက်

(၁၃) အထက်ဖော်ပြပါဖြည့်စွက်ချက်များမှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေ အတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည် ရွယ်ချက်ဖြင့်လွှဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့်မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိ ပါကပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသောပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။

အသိသက်သေလက်မှတ်-----အာမခံထားသူလက်မှတ်-----

အသိသက်သေအမည် ----- အာမခံထားသူအမည် -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ် ----- မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

နေရပ်လိပ်စာ ----- နေရပ်လိပ်စာ -----

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး ကောင်း မကောင်း

ရက်စွဲ၊

စစ်ဆေးသူလက်မှတ် -----

အမည် -----

ရာထူး -----