



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း

ပြည်သူ့ပြည်သားနှစ်ချင်းအသက်အာမခံ

ပြည်သူ့ပြည်သားနှစ်ချင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

ရေးသွင်းဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီရင်ခံစာပါ အဖြေများကို တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချိန်ခြင်းစသည့် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိမည် မဟုတ်ပါကြောင်း သိရှိနားလည်သဘောတူပါသည်။ ထိုသို့ဖြစ်ပါက ပေးသွင်းထား သည့်ပရီမီယံကြေးများကို ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း သိရှိနားလည်သဘောတူပါ သည်။

အဆိုလွှာအမှတ် -

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ်-

၁။ ပေါ်လစီရှင်	-
အမည်	-
အမည်(အင်္ဂလိပ်)	-
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	-
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- () ရက် () လ () ခုနှစ်
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- () နှစ်
အဘအမည်	-
အလုပ်အကိုင်	-
နေရပ်လိပ်စာ	-
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-
ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-

၂။ အာမခံထားသူ	
အမည်	-
အမည်(အင်္ဂလိပ်)	-
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	-
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- () ရက် () လ () ခုနှစ်
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်-	() နှစ်
အဘအမည်	-
အလုပ်အကိုင်	-
နေရပ်လိပ်စာ	-
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-
ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-
၃။ အာမခံထားငွေ	
၄။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသောမိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်မည့်သူ)	
အမည်	-
သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက်	-
နေရပ်လိပ်စာ	-
ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-
၅။ သေဆုံးမှုအကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏အမည်၊ တော်စပ်ပုံ၊ ရာခိုင်နှုန်းအမျိုးအစား	
၆။ အခြားအာမခံကုမ္ပဏီတွင် ပြည်သူပြည်သားနှစ်ချင်းအသက်အာမခံ ဝယ်ထားပါသလား။ ရှိလျှင်ဖော်ပါပါ။	
အာမခံကုမ္ပဏီအမည်	-
အာမခံထားငွေ	-
အာမခံစာချုပ်ချုပ်ဆိုသည့်နေ့	-

ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ

လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

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"/>	နှလုံးအဆို့ရှင်ရောဂါ	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"/>
	ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေးသွန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွတ်ကြောဖောင်းခြင်း	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"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ်ယွင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဝက်ရှူးပြန်ခြင်း	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"/>
	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်းရောဂါ Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ပုံမှန်အလုပ်မလုပ်ခြင်း 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၊ အလုံးအကျိတ်(ကင်ဆာဖြစ်သော၊ ကင်ဆာမဟုတ်သော)	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"/>

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

လွန်ခဲ့သော ၅နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

(၂) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှု ခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။

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

ရှိ မရှိ

ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေနှင့် လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ ရှိပါသလား။

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၊ အသားစယူ စစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများကိုခံယူခဲ့ပြီး၊ မူမမှန် သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။ ရှိ မရှိ

- (၁) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်၊လ -----နှစ် ----- လခန့်
- (၂) မူမမှန်သည့်အချက် -----

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

(၁) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----

ဝန်ခံချက်

အဆိုလွှာပါ ရေးသွင်းဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီရင်ခံစာပါအဖြေများသည် မှန်ကန်ပါသည်။ ၎င်းဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အဖြေများသည် ပေါ်လစီရှင်ဖြစ်သည့်ကျွန်ုပ်နှင့် မြန်မာ့အာမခံ လုပ်ငန်းတို့ချုပ်ဆိုမည့် အာမခံစာချုပ်အတွက်လိုအပ်သော အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။

..... မြို့နယ်၊.....၌
.....ခုနှစ်.....လ.....ရက်နေ့တွင်လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

ပေါ်လစီရှင်လက်မှတ်
အာမခံထားသူလက်မှတ်

အသိသက်သေ(၁)

အသိသက်သေ(၂)

လက်မှတ် -

လက်မှတ် -

အမည်

- အမည် -

ဖုန်းနံပါတ် -

ဖုန်းနံပါတ် -