

# ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးအတွက် ပဏာမဆေးစစ်မှုပုံစံ

\* ကျေးဇူးပြု၍ အရောင်ရင့်ဘောင်အကွက်များအတွင်း ရေးဖြည့်ခြင်း သို့မဟုတ် အမှန်ခြစ်  ကို ခြစ်ပါ။

## 注意

本予診票を用いて請求を行うことはできません。  
日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。

နေ့ထိုင်ခွင့် ကတ်ပြား ပေါ်ရှိ လိပ်စာ	စီရင်စု	မြို့နယ်	
	လိပ်စာ		
ဖုန်းနံပါတ်	တယ် လီ ဖုန်း	( )	
အမည်			
မွေးနေ့	နှစ်	လ	ရက်စွဲ ( )
			□ ကျား □ မ
			စစ်ဆေးမှုတိုင်မီ ကိုယ်ခန္ဓာအပူချိန်
			ဒီဂရီ

မေးခွန်း	ရှေးချယ်ရန်	ဆရာဝန်ဖြည့်ရန်အတွက်
ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံတာ ပထမအဆုံးအကြိမ်လား။ (ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံဖူးလျှင်၊ ပထမအကြိမ်ထိုးနှံသည့်ရက်စွဲ : MM/ DD, ဒုတိယအကြိမ်ထိုးနှံသည့်ရက်စွဲ : MM/ )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
လတ်တလော သင်နေထိုင်နေသော မြို့နယ်၊ မြို့၊ သို့မဟုတ် ရွာနှင့် ကုပွန်တွင်ပါသော မြို့နယ်၊ မြို့၊ သို့မဟုတ် ရွာတို့တူညီကြသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
"ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးအတွက် ညွှန်ကြားချက်များ" ကိုဖတ်ရှုပြီး ထိရောက်မှုနှင့် ဆိုးကျိုးများကိုနားလည်ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
ဒီကာကွယ်ဆေးအတွက် ပိုဦးစားပေးရမယ့်အုပ်စုတွင် သင်ပါဝင်နေပါသလား။ □ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ထမ်းစသည် □ အသက် ၆၅ နှစ်နှင့်အထက် □ အသက် ၆၀ မှ ၆၄ နှစ် □ သက်ကြီးရွယ်အိုစောင့်ရှောက်ရေးဌာနများတွင် အလုပ်လုပ်ကိုင်သူစသည် □ ရောဂါအခံရှိသူ (ရောဂါအမည် - )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
လတ်တလောတွင် သင်သည် ရောဂါတစ်မျိုးမျိုးကိုခံစားနေရပြီး ဆေးဝါးကုသမှုခံယူနေရပါသလား။ ရောဂါအမည် - □ နှလုံးရောဂါ □ ကျောက်ကပ်ရောဂါ □ အသည်းရောဂါ □ သွေးရောဂါ □ သွေးတိတ်ရန်ခက်ခဲသည့်ရောဂါ □ ကိုယ်ခံအားနည်းရောဂါ □ အခြား ( ) ကုသမှုပုံစံ : □ သွေးကျဆေး ( ) □ အခြား ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
သင့်ရောဂါကိုကုသပေးနေတဲ့ဆရာဝန်က ဒီနွေကာကွယ်ဆေးထိုးလို့ရတယ်လို့ ပြောပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
လွန်ခဲ့တဲ့လမှာ အဖျားတက်ခြင်း သို့မဟုတ် နေမကောင်းဖြစ်ခြင်းများရှိခဲ့သလား။ ရောဂါအမည် ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
ဒီနွေ သင့်ကိုယ်ခန္ဓာမှာ မအီမသာခံစားရတဲ့အစိတ်အပိုင်းများရှိပါသလား။ လက္ခဏာ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
သင်ဟာ အကြောဆွဲခြင်း (တက်ခြင်း) ဖြစ်ဖူးလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် အစားအစာများမှ ပြင်းထန်သော ဓာတ်မတည့်မှုလက္ခဏာများ (anaphylaxis ကဲ့သို့သော) ကြုံဖူးပါသလား။ ဓာတ်မတည့်သောဆေးဝါး သို့မဟုတ် အစားအစာ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဖျားနာဖူးပါသလား။ ကာကွယ်ဆေးအမျိုးအစား ( ) အခြေအနေ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
လတ်တလောတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်ခြေရှိပါသလား (ဥပမာ၊ ရာသီလာမှု ပုံမှန်ထက်နောက်ကျနေခြင်း)။ သို့မဟုတ် နို့တိုက်မိခင်လား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
လွန်ခဲ့တဲ့နှစ်ပတ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့သလား။ ကာကွယ်ဆေးအမျိုးအစား ( ) ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်
ဒီနွေ ကာကွယ်ဆေးထိုးတာနဲ့ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းစရာရှိပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်

ဆရာဝန် ဖြည့်ရန် အတွက်	အထက်ပါမေးခွန်းများနှင့် စစ်ဆေးပေးခြင်းမူ၏ရလဒ်များအရ ယနေ့ကာကွယ်ဆေး (□ ထိုးနိုင်သည် □ ထိုးရန်မဖြစ်နိုင်ပါ)။ ကာကွယ်ဆေးထိရောက်မှု၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများနှင့်ကျန်းမာရေးထိခိုက်မှုအတွက် ကာကွယ်ဆေးထိုးရန်နှင့်ပတ်သက်၍ လူနာကို ရှင်းပြထားပြီးဖြစ်သည်။ □ ကာကွယ်ဆေးထိုးရမည်သူသည် အသက် ၆ နှစ်အောက်ဖြစ်သည် (သက်ဆိုင်ပါက ဖြည့်ပါ)	ဆရာဝန်၏ လက်မှတ်နှင့် တံဆိပ်တုံး
-----------------------------	--	---------------------------------

**Coronavirus ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံရန်တောင်းဆိုချက်ပုံစံ**  
ဆရာဝန်ထံမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစစ်ဆေးမှုနှင့် ရှင်းပြချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး ကာကွယ်ဆေး၏ ထိရောက်မှုနှင့် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများကိုနားလည်ပြီး ဤကာကွယ်ဆေးကို ထိုးနှံရန် လက်ခံပါသလား။  
(□ ကာကွယ်ဆေးထိုးပါမည် / □ ကာကွယ်ဆေးမထိုးလိုပါ)

ဤ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပဏာမစစ်ဆေးမှုပုံစံ၏ ရည်ရွယ်ချက်သည် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်း၏ လုံခြုံစိတ်ချရမှုကို သေချာစေရန်ဖြစ်သည်။ ဤဆေးဘက်ဆိုင်ရာပဏာမ စစ်ဆေးမှုပုံစံကို မြို့၊ မြို့နယ်၊ ကျေးရွာ၊ ဂျပန်နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေးအာမခံအဖွဲ့အစည်းများနှင့် အမျိုးသားကျန်းမာရေးအာမခံအဖွဲ့သို့ တင်ပြမည်ကို သဘောတူပါသည်။

မှတ်တမ်း မှတ်တမ်း မှတ်တမ်း	ကာကွယ်ဆေးအမည်နဲ့ လော့ဂ်ပါတ်	ကာကွယ်ဆေးထိုးပမာ	ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်နေရာ၊ ဆရာဝန်၏အမည်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲ	* ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းကုန်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲကို ဘောင်အတွင်း သေသပ်စွာ ဖြည့်ပါ။
	စတစ်ကာကပ်ရန်နေရာ		ကာကွယ်ဆေးထိုးရာနေရာ	ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းကုန်
	*ဘောင်အတွင်းတည့်မတ်စွာ ကပ်ပါ (သတိပြုရန်- သက်တမ်း မကုန်ဆုံးသေးကြောင်း စစ်ဆေးပါ။ )	ml	ဆရာဝန်အမည်	ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲ * ဥပမာ - ဧပြီ ၁၊ ၂၀၂၁ →