

တမူထူးခြားသည့် စုဆောင်းမှုအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

Branch Name -----

အာမခံဝယ်ယူသူအမည် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

၁။ အာမခံထားသူအမည် -----

အမည် (အင်္ဂလိပ်) -----

အဘအမည် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

(မိတ္တူပူးတွဲတင်ပြရန်)

မွေးနေ့သက္ကရာဇ် ----- (-----) ရက်၊ (-----) လ၊ (-----) ခုနှစ်

နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက် ----- (-----) နှစ်

အလုပ်အကိုင် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

အီးမေးလ် -----

၂။ အာမခံထားငွေ -----

၃။ ကျသင့်ပရီမီယံ -----

၄။ အာမခံသက်တမ်း ----- (-----) နှစ်

၅။ ပရီမီယံပေးသွင်းခြင်း

၁လတစ်ကြိမ် ၃လတစ်ကြိမ် ၆လတစ်ကြိမ် ၁နှစ်တစ်ကြိမ်

၆။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့် မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)

အမည် -----

သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ် -----

၇။ အခြားအသက်အာမခံ ပေါ်လစီများကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားပြီးဖြစ်လျှင် ဖော်ပြရန်။

အာမခံထားငွေ	ထားရှိသည့် အာမခံကုမ္ပဏီ	အာမခံအမျိုးအစားနှင့် ပေါ်လစီအမှတ်	အာမခံစသည့်နှစ်နှင့် ပေါ်လစီ၏ ယခုအခြေအနေ	သာမန် ပရီမီယံနှုန်း သို့မဟုတ် အပိုနှုန်း	နှစ်အပြည့် သို့မဟုတ် လျှော့နှစ်	ပေါ်လစီပျက်ခဲ့ သော် ပျက်သော နေ့ရက်
(၁)	(၂)	(၃)	(၄)	(၅)	(၆)	(၇)

၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ အမည် - _____
 အဘအမည် - _____
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် - _____
 တော်စပ်ပုံ - _____
 လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း - _____
 နေရပ်လိပ်စာနှင့်ဖုန်းနံပါတ် - _____

၉။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးကုသရန် ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ကို ရရှိထားခြင်း၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်း များ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ

ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည်

၁၀။ လွန်ခဲ့သော (၁) နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်း နှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများ ပြုလုပ်ခဲ့ခြင်း ရှိ မရှိ

ရှိပါက - စစ်ဆေးခဲ့သည့် နှစ် လ

တွေ့ရှိချက်

၁၁။ လွန်ခဲ့သော(၅) နှစ်အတွင်း အောက်ပါရောဂါများကြောင့် စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံရခြင်း ရှိ မရှိ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| (၁) နှလုံးရောဂါ | <input type="checkbox"/> | (၆) ကျောက်ကပ် | <input type="checkbox"/> |
| (၂) သွေးတိုးခြင်း | <input type="checkbox"/> | (၇) အသည်း | <input type="checkbox"/> |
| (၃) အဆုတ်ရောဂါ(တီဘီစသည်) | <input type="checkbox"/> | (၈) အစာအိမ် | <input type="checkbox"/> |
| (၄) ဆီးချို | <input type="checkbox"/> | (၉) ကင်ဆာ၊အလုံးအကျိတ် | <input type="checkbox"/> |
| (၅) လေးဘက်နာ | <input type="checkbox"/> | (၁၀) စိတ်ကျရောဂါ | <input type="checkbox"/> |

ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည်

စစ်ဆေးခဲ့သည့် နှစ် လ

တွေ့ရှိချက်

၁၂။ (၉) မှ (၁၁) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် "ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါက လက်ရှိအခြေအနေ

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ

ဝန်ခံချက်

အထက်ပါဖော်ပြချက်များနှင့် ဆေးစစ်အစီရင်ခံစာပါအဖြေများသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ဖော်ပြပါရောဂါများနှင့်ပတ်သက်၍ ၎င်းရောဂါနှင့်ဆက်စပ်၍ ဖြစ်ပေါ်လာသောရောဂါမှအပဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များအတွက်သာ ပေးလျှော်မည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ် ချုပ်ဆို သော ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများ တွင် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များ ပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

.....မြို့နယ်၊.....၌.....ခုနစ်၊
.....လ၊.....ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အာမခံဝယ်ယူသူလက်မှတ် -----
အာမခံဝယ်ယူသူအမည် -----

အာမခံထားသူလက်မှတ် -----
အာမခံထားသူအမည် -----

အသိသက်သေ

အသိသက်သေ

လက်မှတ် - -----
အမည် - -----
ဖုန်းနံပါတ် - -----
ရက်စွဲ - -----

လက်မှတ် - -----
အမည် - -----
ဖုန်းနံပါတ် - -----
ရက်စွဲ - -----