

ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံအဆိုလွှာ

Branch Name -----

အာမခံဝယ်ယူသူအမည် ----- ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် ----- ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

၁။ အာမခံထားသူအမည် -----

၂။ အဘအမည် -----

၃။ မွေးသက္ကရာဇ်(နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်) -----

၄။ မွေးဖွားရာဇာတိ -----

၅။ လူမျိုး -----

၆။ အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ ရှိ မရှိ

၇။ ကျား/မ ကျား မ

၈။ အရပ် ----- လက်မ

၉။ ကိုယ်အလေးချိန် ----- ပေါင်

၁၀။ နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----

၁၁။ အလုပ်အကိုင် -----

၁၂။ နေရပ်လိပ်စာ -----

၁၃။ ဖုန်းနံပါတ် -----

၁၄။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက

အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့် အခြားကိစ္စများ

၁၅။ ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ် -----

၁၆။ ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း

အစုအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု (Group Customer)

လစဉ်ပေး ၃လတစ်ကြိမ်ပေး ၆လတစ်ကြိမ်ပေး တစ်လုံးတည်းပေး

တစ်ဦးချင်း (Individual Customer)

၆ လတစ်ကြိမ်ပေး တစ်လုံးတည်းပေး

၁၇။ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏အချက်အလက်များ

အမည် -----

အဘအမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

၁၈။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးကုသရန် ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ကို ရရှိထားခြင်း၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည် -----

၁၉။ လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယား၌ ဖော်ပြထားသည့်ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား- ရှိ မရှိ

နုလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန်	သွေးတိုးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရင်ဆို့နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နုလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	နုလုံးအဆို့ရှင်ရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နုလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း			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"/>	ဦးနှောက်သွေးလွှတ်ကြောဖောင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော	စိတ်ကျရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ်ကလျားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချို့ယွင်းခြင်း	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"/>
	နို့ရည်ဂလင်းရောဂါ	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"/>
	ပန်းနာရင်ကျပ်	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"/>

၂၀။ လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ဇယားတွင် မပါရှိသောရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန်စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ ၇ ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ

ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည် -----

၂၁။ လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေနှင့်လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်း နှင့် အခြားသောထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

ရရှိခဲ့လျှင်

(က) အစိတ်အပိုင်း: -----

(ခ) အခြေအနေ -----

(ဂ) ရောဂါအခြေအနေ ဒီထက်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲ တည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် ----- နှစ် ----- လ

(ဃ) အကြောင်းရင်း: -----

(င) အမြင်အာရုံ (ဘယ်) ပါဝါ ----- (ညာ) ပါဝါ -----

၂၂။ လွန်ခဲ့သော(၁)နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scanရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့်အခြားသော စစ်ဆေးမှုများကိုခံယူခဲ့ပြီး မူမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။ ရှိ မရှိ

ရရှိခဲ့လျှင်

(က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်၊ လ ----- နှစ် ----- လဝန်းကျင်

(ခ) မူမမှန်သည့်အချက် -----

၂၃။ (၁၈) မှ (၂၂) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် " ရှိ " ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင်အသေးစိတ် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

(က) ရောဂါ/ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----

(ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----

(ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ အခြား

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါကဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း -----

(ဃ) စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်းကာလ ----- ခုနှစ် ----- လမှ

----- ခုနှစ် ----- လ

(င) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိကဖော်ပြရန် -----

၂၄။ လွန်ခဲ့သော (၆) လ အတွင်းအောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို (၁) ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား-
ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း ဝမ်းသွားခြင်း မူးခြင်း အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း

၂၅။ လက်ရှိအချိန်ထိကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးသလား။ ရှိ မရှိ

၂၆။ လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ ရှိ မရှိ

၂၇။ ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟုယူဆရသည့် လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

မှတ်ချက် ။ ။အဖြေသည် "ရှိ"ဖြစ်ပါကလက်ရှိအချိန်တွင်ပုံမှန်ဖြစ်နေသောကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်းဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။

၂၈။ ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂)လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။ သောက်ပါသည် မသောက်ပါ

(က) ဆေးလိပ်သောက်သည့်အလေ့အကျင့် ----- နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

(ခ) နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် -----

၂၉။ အရက်စွဲစွဲခြေခြေသောက်ပါသလား။ သောက်ပါသည် မသောက်ပါ

(က) အရက်သောက်သည့်အလေ့အကျင့် ----- နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

(ခ) တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ -----

၃၀။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -----
 ပေါ်လစီအမှတ် -----
 ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ် -----
 ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----
 အာမခံသက်တမ်း ----- မှ ----- ထိ

ဝန်ခံချက်

အထက်ပါဖော်ပြချက်များနှင့် ဆေးစစ်အစီရင်ခံစာပါ အဖြေများသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ဖော်ပြပါရောဂါများနှင့် ပတ်သက်၍ ၎င်းရောဂါနှင့်ဆက်စပ်၍ ဖြစ်ပေါ်လာသော ရောဂါမှအပဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များအတွက်သာ ပေးလျော်မည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ်ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

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

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆ စွာဖော်ပြခြင်း၊ မှားယွင်းစွာဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့်မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက အာမခံစာချုပ်ပါ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည် ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။

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

အသိသက်သေလက်မှတ် -----	အာမခံထားသူလက်မှတ် -----
အသိသက်သေအမည် -----	အာမခံထားသူအမည် -----
မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----	မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
ရက်စွဲ။ ။ -----	ရက်စွဲ။ ။ -----

မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာရေး ကောင်း မကောင်း

စစ်ဆေးသူလက်မှတ် -----
 အမည် -----
 ရာထူး -----