

ပညာရေးအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

Branch Name -----

အဆိုလွှာအမှတ် -----

ရက်စွဲ -----

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

၁။

	ပေါ်လစီရှင်	အာမခံထားသူ
အမည် (မြန်မာ/အင်္ဂလိပ်)		
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်		
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်		
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်		
အဘအမည်		
အလုပ်အကိုင်		
နေရပ်လိပ်စာ		
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ		
ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်		

၂။ အာမခံထားငွေ(ကျပ်) -----

၃။ အာမခံထားလိုသည့်သက်တမ်း: ၉ နှစ် ၁၁ နှစ် ၁၄ နှစ်

၄။ အာမခံအမျိုးအစား: အခြေခံအကျိုးခံစားခွင့်ပုံစံ နှစ်ထပ်ကွမ်းအကျိုးခံစားခွင့်ပုံစံ

၅။ ပရီမီယံပေးသွင်းခြင်း: ၁ လတစ်ကြိမ် ၃ လတစ်ကြိမ် ၆ လတစ်ကြိမ် ၁ နှစ်တစ်ကြိမ်

၆။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့် မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)

အမည် -----

သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ် -----

၇။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူများ

အမည်	အဘအမည်	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ် အမှတ်	တော်စပ်ပုံ	ရာခိုင်နှုန်း အချိုးအစား	ဖုန်းနံပါတ်

၈။ ဤပညာရေးအသက်အာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိဖူးပါသလား။ ရှိလျှင်ဖော်ပြပါ။

ကုမ္ပဏီအမည် -----

အာမခံထားငွေ -----

အာမခံစသည့်နေ့ -----

ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ

လတ်တလော ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

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

လွန်ခဲ့သော ၅နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

(၂) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း အောက်ပါဇယားတွင် ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ

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"/>
	ပင့်ကူမြေးအောက် သွေးသွန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေး လွတ်ကြောဖောင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော	စိတ်ကျရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ်းကလွှားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချို့ယွင်းခြင်း	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"/>
	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/ ကင်ဆာ မဟုတ်သော)	ကင်ဆာနှင့်ကင်ဆာမဟုတ်သောအလုံးအကျိတ်စသည်		ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	
အမျိုးသမီး သီးသန့်	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"/>

(၃) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ဇယားတွင် မပါရှိသော ရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန် စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ ဂုဏ်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း အပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။
ရှိ မရှိ

ရိုပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည် -----

ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေနှင့် လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု(သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသောထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

- (၁) အစိတ်အပိုင်း -----
- (၂) အခြေအနေ -----
- (၃) ရောဂါအခြေအနေ ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲ တည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် ----- 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 အခြားသောစစ်ဆေးမှုများကို ခံယူခဲ့ပြီး၊ မူမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံ ခဲ့ရပါသလား။ ရှိ မရှိ

- (၁) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်ခုနှစ်နှင့်လ ----- နှစ် ----- လ ဝန်းကျင်
- (၂) မူမမှန်သည့်အချက် -----

(၆) (၁) မှ (၅) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် "ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါက အောက်တွင် အသေးစိတ် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

- (၁) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----
- (၂) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----
- (၃) လက်ရှိအခြေအနေ
လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ အခြား
- *အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း(----- လ တွင် ၁ ကြိမ်)
- (၄) စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်းကာလ-----ခုနှစ်၊-----လ မှ -----ခုနှစ်၊-----လ

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

မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့်ရောဂါလက္ခဏာ

(၇) လွန်ခဲ့သော ၆ လအတွင်း အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို ၁ ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။ ရှိ မရှိ
ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးဝေခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း

ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း

(၈) လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။ ရှိ မရှိ

ကိုယ်ဝန်

(၉) လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။(သို့မဟုတ်) ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟု ယူဆရသည့် လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ

အဖြေသည် "ရှိ" ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။

အခြား

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

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် -----

(၁၁) အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။ ရှိ မရှိ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား။ နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ။ -----

ဝန်ခံချက်

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

.....မြို့နယ်၊.....ဦး.....ခုနစ်၊

.....လ၊.....ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

ပေါ်လစီရှင် လက်မှတ်

အာမခံထားသူ လက်မှတ်

အသိသက်သေ
လက်မှတ် -
အမည် -
ဖုန်းနံပါတ် -
ရက်စွဲ -

အသိသက်သေ
လက်မှတ် -
အမည် -
ဖုန်းနံပါတ် -
ရက်စွဲ -