



ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

၁။ အာမခံထားသူအမည် -----

၂။ အဘအမည် -----

၃။ မွေးသက္ကရာဇ် (လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်) -----

၄။ မွေးဖွားရာဇာတိ -----

၅။ လူမျိုး -----

၆။ အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ ရှိ မရှိ

၇။ ကျား/မ ကျား မ

၈။ အရပ် ----- ပေ ----- လက်မ

၉။ ကိုယ်အလေးချိန် ----- ပေါင်

၁၀။ နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

၁၁။ အလုပ်အကိုင် -----

၁၂။ နေရပ်လိပ်စာ -----

၁၃။ ဖုန်းနံပါတ် -----

၁၄။ မြန်မာနိုင်ငံတွင် ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက
အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့် အခြားကိစ္စများ

၁၅။ ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ် -----

၁၆။ ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း
အစုအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု (Group Customer)

လစဉ်ပေး ၃ လတစ်ကြိမ်ပေး ၆ လတစ်ကြိမ်ပေး တစ်လုံးတည်းပေး

တစ်ဦးချင်း (Individual Customer)
၆ လတစ်ကြိမ်ပေး တစ်လုံးတည်းပေး

၁၇။ အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ၏အချက်အလက်များ
အမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

၁၈။ လွန်ခဲ့သော ၃ လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း၊
အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။
ရှိ မရှိ

၁၉။ လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့်ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား-

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"/>
	ပင့်ကူမြွေးအောက်သွေးသွန်ခြင်း	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"/>	စိတ်ကစဉ့်ကလျားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာချွတ်ယွင်းခြင်း	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၊ ကင်ဆာမဟုတ်သော)	ကင်ဆာနှင့်ကင်ဆာမဟုတ်သောအလုံးအကျိတ်စသည်			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 ခွဲစိတ်ကုသခြင်းသို့မဟုတ် ဆရာဝန်စပြုသည့်နေ့မှစပြီးနောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ (၇) ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား။

ရှိ မရှိ



၂၁။ လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေ နှင့် လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်း နှင့် အခြားသောထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများရှိပါသလား။

ရှိ မရှိ

ရှိခဲ့လျှင်

(က) အစိတ်အပိုင်း -----

(ခ) အခြေအနေ -----

(ဂ) ရောဂါအခြေအနေဒီထက်

ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲ

တည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် ----- နှစ် ----- လ

(ဃ) အကြောင်းရင်း -----

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

၂၂။ လွန်ခဲ့သော (၁) နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများကို ခံယူခဲ့ပြီး မူမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။

ရှိ မရှိ

ရှိခဲ့လျှင်

(က) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့် ----- နှစ် ----- လဝန်းကျင်

(ခ) မူမမှန်သည့်အချက် -----

၂၃။ (၁၈) မှ (၂၂) အထိမေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် " ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါကအောက်တွင်အသေးစိတ် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

(က) ရောဂါ/ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----

(ခ) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----

(ဂ) လက်ရှိအခြေအနေ

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ အခြား

အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါကဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း -----

(ဃ) စမ်းသပ်ခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်း၊ ကုသခြင်းကာလ ----- ခုနှစ်၊ ----- လ မှ

----- ခုနှစ်၊ ----- လ

(င) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိကဖော်ပြရန် -----

၂၄။ လွန်ခဲ့သော ၆ လ အတွင်းအောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို ၁ ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား-

ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း ဝမ်းသွားခြင်း မူးခြင်း အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း

၂၅။ လက်ရှိအချိန်အထိကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ရှိ မရှိ

၂၆။ လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။

ရှိ မရှိ

၂၇။ ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟုယူဆရသည့်

လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများရှိပါသလား။

ရှိ မရှိ

မှတ်ချက်။ အဖြေသည် " ရှိ" ဖြစ်ပါကလက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသောကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်းဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာ ကို တင်ပြပေးပါရန်။



၂၈။ ယခု (သို့မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂) လအတွင်းဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။

(က) ဆေးလိပ်သောက်သည့်အလေ့အကျင့်

(ခ) နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက်

သောက်ပါသည် မသောက်ပါ
နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

၂၉။ အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။

(က) အရက်သောက်သည့်အလေ့အကျင့်

(ခ) တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ

သောက်ပါသည် မသောက်ပါ
နေ့စဉ် တစ်ခါတစ်ရံ

၃၀။ ဤအာမခံကိုအခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင်ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီအမည်

အာမခံစာချုပ်အမှတ်

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက်

အာမခံသက်တမ်း

----- မှ ----- ထိ

ဝန်ခံချက်

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိ ကျန်းမာရေးအခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာဖော်ပြခြင်း၊ မှားယွင်းစွာဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့်မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများ ရှိပါက အာမခံစာချုပ်ပါ အကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

အသိသက်သေလက်မှတ် -----
အသိသက်သေအမည် -----
မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
ရက်စွဲ -----

အာမခံထားသူလက်မှတ် -----
အာမခံထားသူအမည် -----
မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

မျက်မြင်အားဖြင့် ကျန်းမာရေး

ကောင်း

မကောင်း

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