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。

နေထိုင်ခွင့်ကတ်ပြားပေါ်ရှိလိပ်စာ	စီရင်စု		မြို့တော်				
	လိပ်စာ						
ဖူရိုဂန			တယ်လီဖုန်း	( ) -			
အမည်							
မွေးနေ့	နှစ် လ ရက်စွဲ	(နှစ်)	□ ကျား □ မ	စစ်ဆေးမှုတိုင်မီ ကိုယ်ခန္ဓာအပူချိန်	ဒီဂရီ		

မေးခွန်း	ရွေးချယ်ရန်		ဆရာဝန်ဖြည့်ရန်အကွက်
ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးထိုးနံ့တာ ပထအဆုံးအကြိမ်လား။ (ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့ဖူးလျှင်၊ ပထမအကြိမ်ထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ : MM/ DD, ဒုတိယအကြိမ်ထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ : MM/	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
လတ်တလော သင်နေထိုင်နေသော မြို့တော်၊ မြို့ သို့မဟုတ် ရွာနှင့် ကူပွန်တွင်ပါသော မြို့တော်၊ မြို့ သို့မဟုတ် ရွာတို့တူညီကြသလား။	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
"ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးအတွက် ညွှန်ကြားချက်များ" ကိုဖတ်ရှုပြီး ထိရောက်မှုနှင့် ဆိုးကျိုးများကိုနားလည်ပါသလား။	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
ဒီကာကွယ်ဆေးအတွက် ပိုဦးစားပေးရမယ့်အုပ်စုတွင် သင်ပါဝင်နေပါသလား။ □ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဝန်ထမ်းသည် □ အသက် ၆၅ နှစ်နှင့်အထက် □ အသက် ၆၀ မှ ၆၄ နှစ် □ သက်ကြီးရွယ်အိုစောင့်ရှောက်ရေးဌာနများတွင် အလုပ်လုပ်ကိုင်သူစသည် □ ရောဂါအခံရှိသူ (ရောဂါအမည် -)	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
လတ်တလောတွင် သင်သည် ရောဂါတစ်မျိုးမျိုးကိုခံစားနေရပြီး ဆေးဝါးကုသမှုခံယူနေရပါသလား။ ရောဂါအမည် – □ နှလုံးရောဂါ □ ကျောက်ကပ်ရောဂါ □ အသည်းရောဂါ □ သွေးရောဂါ □ သွေးတိတ်ရန်ခက်ခဲသည့်ရောဂါ □ ကိုယ်ခံအားနည်းရောဂါ □ အခြား □ ( ) ကုသမှုပုံစံ : □ သွေးကျဲဆေး ( ) □ အခြား ( )	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
လွန်ခဲ့တဲ့လမှာ အဖျားတက်ခြင်း သို့မဟုတ် နေမကောင်းဖြစ်ခြင်းများရှိခဲ့သလား။ ရောဂါအမည် ( )	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
ဒီနေ့ သင့်ကိုယ်ခန္ဓာမှာ မအီမသာခံစားရတဲ့အစိတ်အပိုင်းများရှိပါသလား။ လက္ခဏာ ( )	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
သင်ဟာ အကြောဆွဲခြင်း (တက်ခြင်း) ဖြစ်ဖူးလား။	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် အစားအစာများမှ ပြင်းထန်သော ဓာတ်မတည့်မှုလက္ခဏာများ (anaphylaxis ကဲ့သို့သော) ကြုံဖူးပါသလား။ ဓာတ်မတည့်သောဆေးဝါး သို့မဟုတ် အစားအစာ ( )	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဖျားနာဖူးပါသလား။ ကာကွယ်ဆေးအမျိုးအစား ( ) အခြေအနေ ( )	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
လတ်တလောတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်ခြေရှိပါသလား (ဥပမာ၊ ရာသီလာမှု ပုံမှန်ထက်နောက်ကျနေခြင်း)။ သို့မဟုတ် နို့တိုက်မိခင်လား။	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
လွန်ခဲ့တဲ့နှစ်ပတ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့သလား။ ကာကွယ်ဆေးအမျိုးအစား ( ) ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ ( )	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	
ဒီနေ့ ကာကွယ်ဆေးထိုးတာနဲ့ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းစရာရှိပါသလား။	□ ဟုတ်	□ မဟုတ်	

ဆရာဝန်ဖြည့်ရန်အကွက်	အထက်ပါမေးခွန်းများနှင့် စစ်ဆေးမေးမြန်းမှု၏ရလဒ်များအရ ယနေ့ကာကွယ်ဆေး (□ ထိုးနိုင်သည် □ ထိုးရန်မဖြစ်နိုင်ပါ)။ ကာကွယ်ဆေးထိရောက်မှု၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများနှင့်ကျန်းမာရေးထိခိုက်မှုအတွက် ကယ်ဆယ်ရေးစနစ်နှင့်ပတ်သက်၍ လူနာကို ရှင်းပြထားပြီးဖြစ်သည်။ □ ကာကွယ်ဆေးထိုးရမည့်သူသည် အသက် ၆ နှစ်အောက်ဖြစ်သည် (သက်ဆိုင်ပါက ဖြည့်ပါ)	ဆရာဝန်၏ လက်မှတ်နှင့် တံဆိပ်တုံး

Coronavirus ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံ့ရန်တောင်းဆိုချက်ပုံစံ

ဆရာဝန်ထံမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစစ်ဆေးမှုနှင့် ရှင်းပြချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး ကာကွယ်ဆေး၏ ထိရောက်မှုနှင့် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများကိုနားလည်ပြီး ဤကာကွယ်ဆေးကို ထိုးနှံ့ရန် လက်ခံပါသလား။

(□ ကာကွယ်ဆေးထိုးပါမည် / □ ကာကွယ်ဆေးမထိုးလိုပါ)

ဤ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပဏာမစစ်ဆေးမှုပုံစံ၏ ရည်ရွယ်ချက်သည် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံ့ခြင်း၏ လုံခြုံစိတ်ချရမှုကိုသေချာစေရန်ဖြစ်သည် ။ ဤဆေးဘက်ဆိုင်ရာပဏာမ စစ်ဆေးမှုပုံစံကို မြို့၊မြို့နယ်၊ ကျေးရွာရုံး၊ ဂျပန်နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေးအာမခံအဖွဲ့အစည်းများနှင့် အမျိုးသားကျန်းမာရေးအာမခံအဖွဲ့သို့ တင်ပြမည်ကို သဘောတူပါသည်။

ရက်စွဲ - ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ်

(**ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူသည် ကိုယ်တိုင် လက်မှတ်မထိုးနိုင်ပါက ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်ပြီး ယင်းကိုယ်စားလှယ်၏အမည်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူတို့၏ပတ်သက်မှုကို ဖော်ပြရမည်။)
(**ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူသည် အသက် ၁၆ နှစ်အောက်ဖြစ်လျှင် အုပ်ထိန်းသူကလက်မှတ်ရေးထိုးရမည်၊ အုပ်ထိန်းသူရှိသော အသက်ပြည့်ပြီးသူဖြစ်ပါက ကိုယ်တိုင် သို့ အုပ်ထိန်းသူက လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်သည်။)

ဆရာဝန်ဖြည့်ရန်အကွက်	ကာကွယ်ဆေးအမည်နဲ့ လော့နံပါတ်	ကာကွယ်ဆေးထိုးပမာ	ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်နေရာ၊ ဆရာဝန်၏အမည်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲ	* ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းကုဒ်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲကို ဘောင်အတွင်း သေသပ်စွာ ဖြည့်ပါ။
	စတစ်ကာကပ်ရန်နေရာ		ကာကွယ်ဆေးထိုးရာနေရာ	ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းကုဒ်
	*ဘောင်အတွင်းတည့်မတ်စွာ ကပ်ပါ (သတိပြုရန်– သက်တမ်း မကုန်ဆုံးသေးကြောင်း စစ်ဆေးပါ။)	ml	ဆရာဝန်အမည်	ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲ * ဥပမာ – ဧပြီ ၁၊ ၂၀၂၁ →