

### ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးအတွက် ပဏာမဆေးစစ်မှုပုံစံ (ထပ်ဆောင်းထိုးနှံရန်အတွက်)

※ ကျေးဇူးပြု၍ အရောင်ရင့်ဘောင်အတွက်များအတွင်း ရေးဖြည့်ခြင်း သို့မဟုတ် အမှန်ခြစ်  ကို ခြစ်ပါ။

နေထိုင်ခွင့် ကတ်ပြားပေါ် ရှိ လိပ်စာ	စီရင်စု	မြို့	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。		
	လိပ်စာ				
ဖုန်းနံပါတ်		တယ်လီဖုန်းနံပါတ် ( )			
အမည်					
မွေးနေ့	နှစ်	လ	ရက် (အသက် နှစ်)	<input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ	စစ်ဆေးမှုတိုင်မီ ကိုယ်ခန္ဓာအပူချိန်

မေးခွန်း	ရွေးချယ်ရန်	ဆရာဝန်ဖြည့်ရန်အတွက်
Covid-19 ကာကွယ်ဆေး ထိုးနှံဖူးပါသလား။ (ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံဖူးလျှင်၊ ပထမအကြိမ်ထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ : yy/ mm/ dd, ဒုတိယအကြိမ်ထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ : yy/ mm/ dd)	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
ထိုးနှံခဲ့သော ကာကွယ်ဆေး ( )		
လတ်တလော သင်နေထိုင်နေသော မြို့တော်၊ မြို့သို့မဟုတ် ရွာနှင့် ကူပွန်တွင်ပါသော မြို့တော်၊ မြို့သို့မဟုတ် ရွာတို့တူညီကြသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
"ကိုရိုနာဗိုင်းရပ်စ် ကာကွယ်ဆေးအတွက် ညွှန်ကြားချက်များ" ကိုဖတ်ရှုပြီး ထိရောက်မှုနှင့် ဆိုးကျိုးများကိုနားလည်ပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
လတ်တလောတွင် သင်သည် ရောဂါတစ်မျိုးမျိုးကိုခံစားနေရပြီး ဆေးဝါးကုသမှုခံယူနေရပါသလား။ ရောဂါအမည် - <input type="checkbox"/> နှလုံးရောဂါ <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ရောဂါ <input type="checkbox"/> အသည်းရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးတိတ်ရန်ခက်ခဲသည့်ရောဂါ <input type="checkbox"/> ကိုယ်ခံအားနည်းရောဂါ <input type="checkbox"/> Capillary leak syndrome (သွေးကြောမျှင်နံရံများမှတစ်ဆင့် သွေးရည်ကြည်များ ပေါက်ထွက်ခြင်း) အခြား <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
ကုသမှုပုံစံ : <input type="checkbox"/> သွေးကျဲဆေး ( ) <input type="checkbox"/> အခြား ( )		
လွန်ခဲ့တဲ့လမှာ အဖျားတက်ခြင်း သို့မဟုတ် နေမကောင်းဖြစ်ခြင်းများရှိခဲ့သလား။ ရောဂါအမည် ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
ဒီနေ့ သင့်ကိုယ်ခန္ဓာမှာ မအီမသာခံစားရတဲ့အစိတ်အပိုင်းများရှိပါသလား။ လက္ခဏာ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
သင်ဟာ အကြောဆွဲခြင်း (တက်ခြင်း) ဖြစ်ဖူးလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် အစားအစာများမှ ပြင်းထန်သော ဓာတ်မတည့်မှုလက္ခဏာများ (anaphylaxis ကဲ့သို့သော) ကြုံဖူးပါသလား။ ဓာတ်မတည့်သောဆေးဝါး သို့မဟုတ် အစားအစာ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဖျားနာဖူးပါသလား။ ကာကွယ်ဆေးအမျိုးအစား ( ) အခြေအနေ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
လတ်တလောတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်ခြေရှိပါသလား (ဥပမာ၊ ရာသီလာမှု ပုံမှန်ထက်နောက်ကျနေခြင်း ။) သို့မဟုတ် နို့တိုက်မိခင်လား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
လွန်ခဲ့တဲ့နှစ်ပတ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့သလား။ ကာကွယ်ဆေးအမျိုးအစား ( ) ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့သည့်ရက်စွဲ ( )	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	
ဒီနေ့ ကာကွယ်ဆေးထိုးတာနဲ့ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းစရာရှိပါသလား။	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	

ဆရာဝန် ဖြည့်ရန်အတွက်	အထက်ပါမေးခွန်းများနှင့် စစ်ဆေးမေးမြန်းမှု၏ရလဒ်များအရ ယနေ့ကာကွယ်ဆေး ( <input type="checkbox"/> ထိုးနိုင်သည် <input type="checkbox"/> ထိုးရန်မဖြစ်နိုင်ပါ။ ကာကွယ်ဆေးထိရောက်မှု၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများနှင့်ကျန်းမာရေးထိခိုက်မှုအတွက် ကယ်ဆယ်ရေးစနစ်နှင့်ပတ်သက်၍ လူနာကို ရှင်းပြထားပြီးဖြစ်သည်။	ဆရာဝန်၏ လက်မှတ်နှင့် တံဆိပ်တုံး
ဆေးကုသမှုအဖွဲ့အစည်း မှ ဖြည့်သွင်းရန်အတွက်	<input type="checkbox"/> အချိန်ပို (လက်ခံချိန် : ) <input type="checkbox"/> ပိတ်ရက် <input type="checkbox"/> ကလေးသူငယ် (ဇနစ်မပြည့်သေးသူ) <input type="checkbox"/> မမှတ်ချက် ① <input type="checkbox"/> မမှတ်ချက် ② ※ ကိုက်ညီသောအချက်များနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အမှတ်အသားပုံစံအတွင်းမှ ကျော်ထွက်မသွားစေဘဲ မဲနေအောင် ချယ်ပေးပါ။	

**Coronavirus ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံရန်တောင်းဆိုချက်ပုံစံ**  
ဆရာဝန်ထံမှ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစစ်ဆေးမှုနှင့် ရှင်းပြချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး ကာကွယ်ဆေး၏ ထိရောက်မှုနှင့် ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများကိုနားလည်ပြီး ဤကာကွယ်ဆေးကို ထိုးနှံရန် လက်ခံပါသလား။  
(  ကာကွယ်ဆေးထိုးပါမည် /  ကာကွယ်ဆေးမထိုးလိုပါ။ )

ဤ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပဏာမစစ်ဆေးမှုပုံစံ၏ ရည်ရွယ်ချက်သည် ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံခြင်း၏ လုံခြုံစိတ်ချရမှုကိုသေချာစေရန်ဖြစ်သည်။  
ဤဆေးဘက်ဆိုင်ရာပဏာမ စစ်ဆေးမှုပုံစံကို မြို့မြို့နယ်၊ ကျေးရွာရွာ၊  
ဂျပန်နိုင်ငံလုံးဆိုင်ရာကျန်းမာရေးအာမခံအဖွဲ့အစည်းများနှင့် အမျိုးသားကျန်းမာရေးအာမခံအဖွဲ့သို့ တင်ပြမည်ကို သဘောတူပါသည်။

ရက်စွဲ -	ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ်
**ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူသည် ကိုယ်တိုင် လက်မှတ်ထိုးနိုင်ပါက ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်ပြီး ယင်းကိုယ်စားလှယ်၏အမည်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူတို့၏ ပတ်သက်မှုကို ဖော်ပြရမည်။	
**ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူသည် အသက် ၁၆ နှစ်အောက်ဖြစ်လျှင် အုပ်ထိန်းသူကလက်မှတ်ထိုးရမည်။ အုပ်ထိန်းသူရှိသော အသက်ပြည့်ပြီးသူဖြစ်ပါက ကိုယ်တိုင် သို့ အုပ်ထိန်းသူက လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်သည်။	

ပုံစံအရန်ဖြည့်စွဲရန်အတွက်	ကာကွယ်ဆေးအမည်နှင့် လော့ဂ်ပင်	ကာကွယ်ဆေးထိုးပမာ	ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်နေရာ၊ ဆရာဝန်၏အမည်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲ	* ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းကုန်နှင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲကို ဘောင်အတွင်း သေသပ်စွာ ဖြည့်ပါ။
	စတင်ကာကွယ်ရန်နေရာ		ကာကွယ်ဆေးထိုးရာနေရာ	ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အဖွဲ့အစည်းကုန်
	*ဘောင်အတွင်းတည့်မတ်စွာ ကပ်ပါ (သတိပြုရန်- သက်တမ်း မကုန်ဆုံးသေးကြောင်း စစ်ဆေးပါ။ )	ml	ဆရာဝန်အမည်	ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်ရက်စွဲ * ဥပမာ - ဧပြီ ၁၊ ၂၀၂၁