

ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှုအာမခံအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

အာမခံထားသူအမည် -----

အဘအမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် (လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်) - -----

မွေးဖွားရာဇာတိ -----

လူမျိုး -----

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ ရှိ  မရှိ

ကျား/မ ကျား  မ

အရပ် -----လ ----- လက်မ

ကိုယ်အလေးချိန် ----- ပေါင်

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

အလုပ်အကိုင် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

မြန်မာနိုင်ငံတွင်ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက - -----

အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့်/အခြားကိစ္စများ - -----

ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ် ----- ယူနစ်

**ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း**

အစုအဖွဲ့လိုက်ထားရှိမှု (Group Customer)

လစဉ်ပေး  ၃ လတစ်ကြိမ်ပေး  ၆ လတစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

တစ်ဦးချင်းထားရှိမှု (Individual Customer)

၆ လတစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

**အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ**

အမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----



လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ

၁။ လွန်ခဲ့သည့် (၃)လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ  မရှိ

လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

၂။ လွန်ခဲ့သော (၅)နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင် ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) 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"/>
	နှလုံးသွေကြောပိတ်ခြင်း	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"/>
	ပင့်ကူမြေးအောက်သွေးသွန်ခြင်း	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"/>	ဝိနတအသည်းရောင်ခြင်း	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"/>
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 ရောဂါနှင့်ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန် စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ ၇ ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း အပါအဝင်)၊ ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု**

၄။ လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်၊ ခြေနှင့် လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု (သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများ 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-rayရိုက်ခြင်း၊ Ultrasoundရိုက်ခြင်း၊ CT Scanရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECGရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသော စစ်ဆေးမှုများကို ခံယူခဲ့ပြီး၊ မူမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟု ထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။

ရှိ  မရှိ

- (၁) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်လ ----- နှစ် ----- လဝန်းကျင်
- (၂) မူမမှန်သည့်အချက် -----

၆။ (၁) မှ (၅) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် “ရှိ”ဟု ဖော်ပြထားပါက အောက်တွင် အသေးစိတ်ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

- (၁) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----
- (၂) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----
- (၃) လက်ရှိအခြေအနေ -
  - လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး  စစ်ဆေးနေဆဲ  ကုသနေဆဲ
  - အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ  အခြား

\* အခြေအနေစောင့်နေဆဲဖြစ်ပါက ဆေးရုံ/ဆေးခန်း သွားပြသည့် ကြိမ်နှုန်း (      လတွင် ၁ ကြိမ်)

- (၄) စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်းကာလ ----- ခုနှစ်၊ -----လ မှ ----- ခုနှစ်၊ -----လ

**မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့်ရောဂါလက္ခဏာ**

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

ရှိ  မရှိ

**ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း**

၈။ လက်ရှိအချိန်အထိ ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**ကိုယ်ဝန်**

၉။ လက်ရှိ ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ် ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မူးဝေအော့အန်ခြင်း ဖြစ်နေသည်ဟု ယူဆရသည့် လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။

ရှိ  မရှိ

အဖြေသည် “ရှိ”ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင် ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာကို တင်ပြ ပေးပါရန်။

**အခြား**

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

ရှိ  မရှိ   
 နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ်

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက်

၁၁။ အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ   
 နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား။

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ။

**အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ**

၁၂။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီသည် -----

အာမခံစာချုပ်အမှတ် -----

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----

အာမခံသက်တမ်း ----- မှ ----- ထိ

**ဝန်ခံချက်**

၁၃။ အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိ ကျန်းမာရေးအခြေအနေအတိုင်း ဖြည့်စွက်ခြင်း ဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာ ဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။

အသိသက်သေလက်မှတ် -----	အာမခံထားသူလက်မှတ် -----
အသိသက်သေအမည် -----	အာမခံထားသူအမည် -----
မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----	မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
နေရပ်လိပ်စာ -----	နေရပ်လိပ်စာ -----

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး ကောင်း  မကောင်း

ရက်စွဲ၊ ----- စစ်ဆေးသူလက်မှတ် -----

အမည် -----

ရာထူး -----

01-2307000, 09-95007 7000    www.kbzms.com    www.facebook.com/kbzms  
 No.53, Strand Square Building, Strand Street, Pabedan Township, Yangon.

