



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့
မီးဖွားမှုနှင့်ဆိုင်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်
(အာမခံထားသူအမျိုးသမီးမီးဖွားမှုအတွက်)

အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်

အလုပ်ရှင်အမှတ်စဉ်

အမှတ်စဉ် _____

အာမခံထားသူအမည် _____ ဖခင်အမည် _____

- (က) ယနေ့ ကျွန်ုပ်၏စမ်းသပ်စစ်ဆေးချက်အရ အာမခံထားသူအမျိုးသမီးသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင် လျက်ရှိပြီး _____ ရက်နေ့တွင် မီးဖွားလိမ့်မည် ဟု ခန့်မှန်းရသည်။
- (ခ) ထိုသူအား Disease Code Number _____ ဖြင့် _____ ရက်နေ့ မှ _____ ရက်နေ့အထိ မီးမဖွားမီ ကိုယ်ဝန်စောင့်ရှောက်ခွင့် (၆) ပတ်ပေးလိုက်သည်။
- (ဂ) အာမခံထားသူအမျိုးသမီးသည် _____ ရက်နေ့တွင် ကလေး _____ ဦး မီးဖွားမှု/ (ရာဇဝတ်ပြစ်ဒဏ်ထိုက်သင့်သည့် ကိုယ်ဝန်ပျက်စေခြင်း မဟုတ်သော) ကိုယ်ဝန်လျှော့မှု ဖြစ်ပေါ်ကြောင်း စိစစ်တွေ့ရှိရသည်။
- (ဃ) ထိုသူအား ရည်ညွှန်းချက် _____ ဖြင့် _____ ရက်နေ့ မှ _____ ရက်နေ့ အထိ မီးဖွားပြီးခွင့်/ ကိုယ်ဝန်လျှော့မှုခွင့် _____ ပတ် ပေးလိုက်သည်။
- (င) အခြားမှတ်ချက် _____

ဆရာဝန်၏ထိုးမြဲလက်မှတ် _____

ဆရာဝန်အမည် _____

ဆေးခန်းအမည် _____

ရက်စွဲ _____

- သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိသည့် အချက်များကိုပယ်ဖျက်ရန်၊
- သက်ဆိုင်ရာ ဆေးသက်သေခံလက်မှတ် နောက်ထပ်ထုတ်ပေးသည့်အခါ အဆိုပါလက်မှတ်၏ ရှေ့အကြိမ်က ထုတ်ပေးထားသည့် ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်ကို ရည်ညွှန်းရန်၊
- မီးဖွားပြီးခွင့် ခံစားနိုင်ရေးအတွက် မီးဖွားသည့် နေ့ရက်ကို ဆေးခန်းသို့ အကြောင်းကြားရန်။
- ဤလက်မှတ်သည် ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သည်။