



တူလ်စာကျန်းမာရေးဌာန ကိုဗစ်-၁၉ မှတ်တမ်း

1st Dose 2nd Dose

နာမည်(နောက်ဆုံး)	နာမည်(ရှေ့ဆုံး)	နာမည်(ခလယ်၊ အတိုကောက်)	မွေးနေ့	အသက်	လိင် <input type="checkbox"/> မ <input type="checkbox"/> ကျား
အိမ်အမှတ်၊ လမ်းနာမည်		မြို့	ကောင်တီ	ပြည်နယ်	စာတိုက်နယ်မြေ
ဖုန်းနံပါတ် ()	<input type="checkbox"/> လက်ကိုင်ဖုန်း <input type="checkbox"/> အိမ်ဖုန်း	လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ်	မျိုးရိုးဇာတိ ဟစ်ပဲနစ်ဇာတိ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	လူမျိုး	<input type="checkbox"/> အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း/အလားစကားဒေသခံလူမျိုး <input type="checkbox"/> လူမဲ/အာဖရိကန်အမေရိကန် <input type="checkbox"/> ဟာဝိုင်အီဒေသခံလူမျိုး /အခြားပစ္စိတ်ကျွန်းသား <input type="checkbox"/> အာရှ <input type="checkbox"/> လူဖြူ
ဘာသာစကား : <input type="checkbox"/> အင်္ဂလိပ် <input type="checkbox"/> စပိန် <input type="checkbox"/> အခြား		အိမ်ထောင်ရေး	<input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/> ရှိ	<input type="checkbox"/> ကွာရှင်း	<input type="checkbox"/> မုဆိုးဖို/မ <input type="checkbox"/> သီးခြားနေ
သင့်အားဆက်သွယ်ရန်ခွင့်ပြုပါသလား။ : <input type="checkbox"/> ပြု <input type="checkbox"/> မပြု		အီးမေးလိပ်စာ :			

ကျန်းမာရေးအာမခံအချက်အလက်

လူနာ၌ ကျန်းမာရေးအာမခံရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ ရှိခဲ့လျှင်ကျေးဇူးပြု၍အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေဆိုပါ။

<input type="checkbox"/> မဲဒီကိတ်/စွန်းနားခဲ	မဲဒီကိတ်နံပါတ် :	ကပ်ပြားပေါ်၌ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း နာမည်ရှေ့ဆုံးနှင့်နောက်ဆုံး :	မိခင်မျိုးရိုးနာမည် :
<input type="checkbox"/> ကိုယ်ပိုင်အာမခံ	ပင်မအာမခံဖော်ပြပါ။	ပေါ်လစီပိုင်ရှင်	အုပ်စုနံပါတ်
	အရန်အာမခံဖော်ပြပါ။	ပေါ်လစီပိုင်ရှင်	အုပ်စုနံပါတ်
			ပေါ်လစီနံပါတ်

<input type="checkbox"/> မဲဒီခဲ :	သင်ဥမဲဒီခဲရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ	မဲဒီခဲကပင်မအာမခံဟုတ်ပါသလား။ <input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်	မဲဒီခဲနံပါတ်
-----------------------------------	---	--	--------------

သဘောတူညီချက်။ အောက်တွင်လက်မှတ်ထိုးထားသောကျွန်ုပ်သည်တူလ်စာကျန်းမာရေးဋ္ဌာန (THD) နှင့်၎င်းနှင့်ပတ်သက်သောအဖွဲ့အစည်းများ/ကန်ထရိုက်တာများထံမှတောင်းဆိုထားသည့်ဝန်ဆောင်မှုများကိုလက်ခံသဘောတူပါသည်။ ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထုတ်လုပ်မှုအချက်အလက်စာရွက်ကိုကာကွယ်ဆေးမထိုးမှီရရှိ၍မေးခွန်းမေးရန်အခွင့်အလမ်းရရှိခဲ့ကြောင်းအသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်မှသဘောတူအထူးအာဏာလွှဲထားခြင်းခံရသည့်ပုဂ္ဂိုလ်အတွက်(သို့) ကျွန်ုပ်အားကာကွယ်ဆေးထိုးပေးရန်လိုအပ်သည်များကိုတောင်းဆိုလျက်ဆေး၏ကောင်းကျိုးအာနိသင်နှင့်တကွဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများကိုလည်းနားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျန်းမာရေးဋ္ဌာနဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်များကိုတွယ်ပုံလုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ (HIPAA) ဖော်ပြချက်ကိုပြန်လည်စိစစ်ပြီးသည့်အပြင်အဆိုပါအချက်အလက်များကိုပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအရာရှိများ၊ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုကျွမ်းကျင်သူများနှင့်အာမခံဆောင်ရွက်ပေးမည့်အဖွဲ့အစည်းများသို့ ဖြန့်ဝေနိုင်ပါကြောင်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

လူနာ/မိဘ(သို့)အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် _____ လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ _____ ရက်စွဲ _____

ကျန်းမာရေးစိစစ်ခြင်း

(၁)

- ကိုယ်အပူချိန် ၁၀၀ ° F ထက်ကျော်အဖျား/ဖျားနာမှု(သို့) (၅) ကိုယ်ခံအားကျဆင်းမှုပြင်းထန်စွာခံစားနေခြင်းရှိပါသလား။
- ယနေ့မမာမကျန်းဖြစ်နေပါသလား။ ရှိ မရှိ ရှိ မရှိ
- (၂) ကာကွယ်ဆေး(သို့)အခြားဆေးများနှင့် သိသာစွာမတည့်ခြင်းရှိခဲ့ဘူးပါသလား။ (၆) ပုံမှန်မဟုတ်သောသွေးထွက်ခြင်း(သို့)သွေးကျဆေးသောက်ထားခြင်းရှိပါသလား။
- ရှိ မရှိ ရှိ မရှိ
- (၃) လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိပါသလား/ကိုယ်ဝန်ယူရန်ရည်ရွယ်ချက်(သို့) (၇) ကာကွယ်ဆေး၏ပါဝင်ဓာတ်တချို့နှင့်မတည့်မှုရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ
- နို့တိုက်ကလေးရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ
- (၄) ကိုဗစ်-၁၉ကုသရာ၌ ကိုယ်ခန္ဓာရောဂါခုခံမှုမြင့်တင်ရေးကုထုံးအား (၈) ၁၄ရက်အတွင်းအခြားသောကာကွယ်ဆေးထိုးထားခြင်းရှိပါသလား။
- လက်ခံအသုံးပြုခဲ့ပါသလား။ အသုံးပြုခဲ့သည်။ အသုံးမပြုခဲ့ပါ။ ရှိ မရှိ

Date	Vaccine Type	Manufacturer	Lot Number	Exp. Date	Site
	COVID Vaccine				

Data Entry
OSIIS Complete Clerk Initial

Nurse/Vaccine Administrator:

Print Name _____ Signature _____