



HEALTH SERVICES DEPARTMENT - ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန  
 Personal Health History 2019-20-တဦးချင်းကျန်းမာရေးရာဇဝင်အကြောင်းအရာများ

ကျောင်းသားအမည် _____	ကျောင်းသားအိုင်ဒီ _____	ကျား/မ _____	မွေးနေ့ _____	အတန်း _____
လိပ်စာ _____ မြို့ _____ ဇစ်ကုတ် _____				

အကြောင်းကြားရန်ဖုံး#၁ _____ <input type="checkbox"/> အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန်သာ အိမ်ထောင်ဦးစီး ၁။ အမည် _____ ကျောင်းသားနှင့်တော်စပ်ပုံ _____ အိမ်ဖုံး _____ အလုပ်ဖုံး _____ ဆဲလ်ဖုံး _____	အကြောင်းကြားရန်ဖုံး#၂ _____ <input type="checkbox"/> အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန်သာ အိမ်ထောင်ဦးစီး ၂။ (ရိုလျှင်) အမည် _____ ကျောင်းသားနှင့်တော်စပ်ပုံ _____ အိမ်ဖုံး _____ အလုပ်ဖုံး _____ ဆဲလ်ဖုံး _____
--	---

အကယ်၍နေမကောင်းခြင်း (သို့)အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန်၊ ပထမဦးစွာမိဘ/အုပ်ထိန်းသူကိုဆက်သွယ်မည်၊ မိဘမဟုတ်သောအရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန်အခြား ဦးအမည်ကိုရေးပါ

အမည် _____ ကျောင်းသားနှင့်တော်စပ်ပုံ _____ အိမ်ဖုံး _____ အလုပ်ဖုံး _____ ဆဲလ်ဖုံး _____	အမည် _____ ကျောင်းသားနှင့်တော်စပ်ပုံ _____ အိမ်ဖုံး _____ အလုပ်ဖုံး _____ ဆဲလ်ဖုံး _____
--	--

### သောက်ရသောဆေးများကိုကျောင်းဝန်ထမ်းများသိရှိရန်

ကျွန်တော့်ကလေးတွင်ကျောင်းတက်ရက်များကိုထိခိုက်နိုင်သည့်ကျန်းမာရေးမရှိပါ မလုပ်နိုင်သောကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှုများရှိသလား?  ရှိ  မရှိ

ကလေး၏ကျန်းမာရေးကြောင့်လက်ရှိသောက်နေရသောဆေးများကိုရေးပါ  
 ဆေးအမျိုးအစား မည်သို့သောက်ရသည်(အကြိမ်အရေအတွက်) အချိန် \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ရိုလျှင်ဖော်ပြပါ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ကလေးတွင် ၅၀၄ (သို့) အိုင်အီးပီ (IEP) ရှိသလား?  ရှိ  မရှိ

ကျွန်ုပ်ကလေးကျန်းမာရေးအခြေအနေများကသူ၏နေ့စဉ်လှုပ်ရှားမှုတခု (သို့) တခုထက်ပိုပြီးအဟန့်အတားကိုဖြစ်စေမည်ဟုယုံကြည်သည်

ကလေး၏ အဓိကဆရာဝန်အမည် \_\_\_\_\_  
 ဆရာဝန်၏ဖုံးနံပတ် \_\_\_\_\_  
 ဆေးအာမခံ  ကိုယ်ပိုင်ဝယ်  မက်ဒီကိတ်/HHW  မရှိ  
 ကလေးသည်မနှစ်ကဆေးရုံတက်ခဲ့ဖူးသလား?  ဟုတ်  မဟုတ်ပါ  
 တက်ခဲ့လျှင်ဖော်ပြပါ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



HEALTH SERVICES DEPARTMENT - ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများဌာန  
 Personal Health History 2019-20-တဦးချင်းကျန်းမာရေးရာဇဝင်အကြောင်းအရာများ

အသက်အန္တရယ်ဖြစ်စေသည် ပြင်းထန်သောအလာရှိ အတွက်လိုသောဆေး အတိအကျဖော်ပြပါ

အစားအစာ  အပိပင်ဖြေဆေးထိုးရန်လိုသည် \_\_\_\_\_  
 ယားပိတုန်းနှင့်အင်ဆက်ပိုးများ  အပိပင်ဖြေဆေးထိုးရန်လိုသည် \_\_\_\_\_  
 ဆေးအမျိုးမျိုး  အပိပင်ဖြေဆေးထိုးရန်လိုသည် \_\_\_\_\_  
 အခြားမတုံ့သောအရာများ  အပိပင်ဖြေဆေးထိုးရန်လိုသည် \_\_\_\_\_

အေဒီဒီ/အေဒီအိတ်ချ်ဒီ  ခေါင်းဒဏ်ရာ/မဝေခွဲနိုင်ခြင်း  အဆုတ်ရောဂါ  တီဘီရောဂါရာဇဝင်  ဆေးသောက်နေရသောခေါင်းကိုက်ရောဂါ

စိတ်ရောဂါတရုတ်ခြင်းနှင့်ကုသမှုခံနေရခြင်း  
 ဖော်ပြပါ \_\_\_\_\_

အသက်အန္တရယ်မရှိသောမတုံ့သောအလာရှိ  
 ဖော်ပြပါ \_\_\_\_\_

ပန်းနာရင်ကြပ် (အင်ဟောလာရူရန် ရှိ/မရှိ)  ရှိ  မရှိ

စိတ်ချွတ်ယွင်းသောရောဂါ  အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာအဆုတ်ရောဂါ  အတက်ရောဂါ  ခိုင်ရာစတတ် လိုမလို

သွေးအားနည်း  ရောဂါ (သို့)  ကုသမှုခံယူနေသည်

ကင်ဆာ အမျိုးအစား \_\_\_\_\_

ဆီးချိုရောဂါ  အမျိုးအစား ၁  အမျိုးအစား ၂

အထူးကုသမှုအဆင့်များလိုသည်

အခြား \_\_\_\_\_

ရင်ကြပ်ပန်းနာ၊ သွေးချို/ဆီးချို/အတက်ရောဂါ၊ ပြင်းထန်သောယားနာများရှိသောကျောင်းသားများသည်တဦးချင်းစောင့်ရှောက်ခြင်းအစီအစဉ်ရှိရမည်။အချို့သော တဦးချင်းစောင့်ရှောက်ခြင်းအစီအစဉ်များသည် ဆရာဝန်ထောက်ခံစာလိုသည်။ သင့်ကလေးကျောင်းသား၏ကျန်းမာရေးအတွက် သေချာစေရန်ကျောင်းမှသူနာပြု ဆရာမကို အမြန်ဆုံးဆက်သွယ်ပြီး တဦးချင်းစောင့်ရှောက်ခြင်းအစီအစဉ်ဖောင်ပုံစံကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်ပါ

**ဌာနမှရေးဖြည့်ရန်**

*for internal use only (ရုံးအတွင်းသုံးရန်သာ)*

တဦးချင်းစောင့်ရှောက်ခြင်းအစီအစဉ်ဖောင်ပုံစံကိုမိဘများဖြည့်ရန် ပေးပို့သည် နေ့စွဲ \_\_\_\_\_

တဦးချင်းစောင့်ရှောက်ခြင်းအစီအစဉ်ဖောင်ပုံစံကိုကျောင်းမှလက်ခံရရှိသည် နေ့စွဲ \_\_\_\_\_

ကျွန်တော်တို့ကလေးအကြောင်းကိုသိထားပြီး သက်ဆိုင်ရာကျောင်းဝန်ထမ်းမှစောင့်ရှောက်နိုင်ရန် ကလေးနှင့်ပတ်သက်သောကျန်းမာရေးအချက် အလက်များကိုအသိပေး ရန် သဘောတူပါသည်။ ၎င်းအချက်များမှာ "သိရှိရန်လိုအပ်သည့်အခြေခံအချက်များ" ဖြစ်ပြီးလို့ဂုဏ်ထားရမည်အချက်များလဲဖြစ်ပါသည်။ ကျောင်းသူနာပြုမှ ကလေး၏ ဆရာဝန် ကိုဆက်သွယ်ပြီး ကျန်းမာရေးအခြေအနေများမေးမြန်းခွင့်ကိုခွင့်ပြုပါသည်။ကျွန်တော်ကလေးသောက်ရသော ဆေးအပြောင်းအလဲနှင့်ကျန်းမာရေး အခြေအနေအပြောင်းအလဲ ရှိပါက ကျောင်းသူနာပြု ဆရာမနှင့် အတန်းပိုင်ဆရာမကိုအသိပေးရန်သဘောတူပါသည်။ ကျွန်တော်တို့ကိုဆက်သွယ်ရန် ဖုံးနံ့ပတ်နှင့် အိမ်လိပ်စာကိုပေးထားပါမည်။ အထက်ဖော်ပြပါ ခွင့်ပြုချက်များမှာ အောက်ပါ လက်မှတ်ထိုးသောနေ့မှစပြီးတစ်နှစ်ပြည့်သည့်နေ့အထိ စာဖြင့်ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းသည့် အချိန်အထိဖြစ်ပါသည်။ ကျောင်းစည်းကမ်း ပေါ်လစီအရ သင့်ကလေးတွင် ကျန်းမာရေးအရေးပေါ်အခြေအနေတရုတ်ဖြစ်ခဲ့သော်မိဘများကိုအကြောင်းကြားနေစဉ်အချိန်အတွင်းကလေးကိုဆေးရုံပို့ရန် အလွန် လိုအပ်ခဲ့ ပါက ၉၁၁ ကိုခေါ်ရပါမည်

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် \_\_\_\_\_ နေ့စွဲ \_\_\_\_\_