

617 Riverside Avenue Burlington, VT 05401 Medical: (802) 864-6309 Fax: (802) 652-1056 Dental: (802) 652-1050 www.chcb.org

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____

Please answer these questions as best you can. We want to know your special needs so we can give you the best care. Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know.) Your answers are confidential and for our records only. - - - - BLACK OR BLUE PEN ONLY - - - -

Medical

Yes No DK

Has there been a major change to your health within the past year? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Are you under the care of a physician or are you receiving ongoing medical care? ☐ ☐ ☐

Name of your physician: _____

Physician's Phone Number: _____

Date of your last medical visit: _____

Are you pregnant? ☐ ☐ ☐

If Yes, due date: _____

Do you breast feed? ☐ ☐ ☐

Do you have any artificial joints, heart valves, implants, or prosthesis? ☐ ☐ ☐

Have you ever been told you need to be pre-medicated prior to dental treatment? ☐ ☐ ☐

Have you had surgery, x-ray treatment, or chemotherapy for a tumor, growth, or other condition? ☐ ☐ ☐

If yes, please explain: _____

Dental

Yes No DK

Are you having any dental discomfort at this time? ☐ ☐ ☐
If yes, please explain: _____

Have you ever had serious trouble with previous dental work? ☐ ☐ ☐
If yes, please explain: _____

Does dental work make you nervous? ☐ ☐ ☐

Have you ever had any abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? ☐ ☐ ☐
If yes, please explain: _____

Date of your last dental visit: _____

How often do you brush your teeth? _____

How often do you floss your teeth? _____

Other:

Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know):

Yes No DK

Do you use tobacco? ☐ ☐ ☐ What? _____ How much _____

Do you use alcohol? ☐ ☐ ☐ What? _____ How much _____

Do you have any CURRENT/PAST history of substance abuse? .. ☐ ☐ ☐ If yes, please explain: _____

Medications

Are you taking any prescription or over-the-counter medications?

Yes No DK
☐ ☐ ☐

Please list all medications you are taking (Please include prescription and non-prescription medications):

Medication:

Dosage:

How Often Taken:

Reason for Medication:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Allergies

Are you allergic to anything?

Yes No DK
☐ ☐ ☐

Please list all allergies including reaction:

Allergy to:

Reaction:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____



သွားကျန်းမာရေး၊ လူနာ၏ ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း

617 Riverside Avenue

Burlington, VT 05401

ဆေးကုသမှု- (802) 864-6309

အင်္ဂလိပ်- (802) 652-1056

သွားကျန်းမာရေး- (802) 652-1050

www.chcb.org

လူနာအမည်- _____ မွေးနေ့- _____ နေ့စွဲ- _____

အောက်ပါမေးခွန်းများကို သင်တတ်နိုင်သမျှ အကောင်းဆုံးဖြေဆိုပါ။ သင့်အား အကောင်းဆုံး စောင့်ရှောက်မှုပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တို့မှ သင်၏ အထူးလိုအပ်ချက်များ လိုပါသည်။

"ဟုတ်သည်" "မဟုတ်ပါ" "မသိပါ" ဟု သင့်လျော်သော အဖြေကို ဖြေဆိုပါ။ သင့်အဖြေများသည် ကျွန်ုပ်တို့မှတ်တမ်းတင်ရန် အတွက်သာဖြစ်ပြီး လျှို့ဝှက်ထားရှိပါသည်။ - - - မှန်အနက် သို့မဟုတ် အပြာကိုသာ အသုံးပြုပါ - - -

ဆေးကုသမှု	သွားကျန်းမာရေး
ပြီးခဲ့သော နှစ်အတွင်းတွင် သင့်ကျန်းမာရေးသည် ကြီးမားသောပြောင်းလဲမှုတစ်ခု ရှိခဲ့ပါသလား? ☐ ☐ ☐ ရှိခဲ့ပါက ရှင်းပြပါ - _____ သင်သည် သမားတော်နှင့် ပြသနေရခြင်း သို့မဟုတ် လက်ရှိတွင်ဆေးကုသမှု ခံယူနေခြင်း ရှိပါသလား? ☐ ☐ ☐ သမားတော်အမည် - _____ သမားတော်၏ ဖုန်းနံပါတ် - _____ နောက်ဆုံး ဆေးကုသမှု ခံယူခဲ့သောနေ့စွဲ - _____ သင့်တွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားပါသလား? ☐ ☐ ☐ ဆောင်ထားပါက ဓမ္မစွာဆောင်ရွက်မှုကို ဖော်ပြပါ - _____ သင်သည် မိခင်ရှိ တိုက်ကျွေးပါသလား - ☐ ☐ ☐ သင့်တွင် အဆစ်အတု၊ နှလုံးအစိတ်အပိုင်း အစားအစာထည့်သွင်းထားခြင်းများ သို့မဟုတ် ဓမ္မကုသမှုအစိတ်ပိုင်း အတုများ ရှိပါသလား? ☐ ☐ ☐ သွားကုသမှုမပြုမီ အကြီးဆုံးဆေးကုသမှု ပြုလုပ်ရန်လိုအပ်သည်ဟု သင့်အား ပြောကြားဖူးပါသလား? ☐ ☐ ☐ သင်သည် အင်္ဂလိပ်၊ ကြီးထွားမှု သို့မဟုတ် အခြားအခြေအနေတစ်ရပ်အား ခွဲစိတ်ကုသမှု x-ray ကုသမှု သို့မဟုတ် ဆေးသွင်းကုသမှုများ ခံယူထားဖူးပါသလား? ☐ ☐ ☐ ရှိခဲ့ပါက ရှင်းပြပါ - _____	သင်သည် လက်ရှိတွင် သွားပြသနာ ရှိနေပါသလား? ☐ ☐ ☐ ရှိပါက ရှင်းပြပါ - _____ ပြီးခဲ့သည့် သွားကုသမှုတွင် ပြဿနာပြင်းထန်စွာ ကြုံခဲ့ဖူးပါသလား? ☐ ☐ ☐ ရှိပါက ရှင်းပြပါ - _____ သွားကုသမှုက သင့်ကို စိုးရိမ်စိတ်ဖြစ်စေပါသလား? ☐ ☐ ☐ ပြီးခဲ့သော သွားနှုတ်ခြင်း ခွဲစိတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ဒဏ်ရာကုသခြင်းများ ပြုလုပ်စဉ်က သင်သည် ပုံမှန်မဟုတ်သည့် သွေးထွက်ခြင်းကို ကြုံခဲ့ဖူးပါသလား? ☐ ☐ ☐ ရှိပါက ရှင်းပြပါ - _____ နောက်ဆုံးအကြိမ် သွားကုသမှု ပြုလုပ်ခဲ့သည့် နေ့စွဲ - _____ တစ်နေ့လျှင် ဘယ်နှကြိမ် သွားတိုက်သနည်း? _____ တစ်နေ့လျှင် ဘယ်နှကြိမ် သွားကြားထိုးသနည်း? _____ အခြား- "ဟုတ်သည်" "မဟုတ်ပါ" "မသိပါ" ဟု သင့်လျော်သော အဖြေကို ဖြေဆိုပါ- ဆေးလိပ်နှင့် ဆေးရွက်ကြီးသုံးပါသလား? ☐ ☐ ☐ အမျိုးအစား? _____ ပမာဏ _____ ယမကာတစ်မျိုးမျိုး သောက်ပါသလား? ☐ ☐ ☐ အမျိုးအစား? _____ ပမာဏ _____ မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေသော ဆေးများ လက်ရှိ/အတိတ် တွင် သုံးဆွဲပါသလား? ☐ ☐ ☐ ရှိပါက ရှင်းပြပါ - _____

ဆေးဝါးသုံးစွဲမှု ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ မသိပါ

ဆရာဝန်ပေးသောဆေး သို့မဟုတ် ဆေးဆိုင်မှဝယ်ယူသောဆေးကို လက်ရှိတွင် သုံးစွဲနေပါသလား? ☐ ☐ ☐

လက်ရှိ သင်သုံးစွဲနေသော ဆေးအားလုံးကို စာရင်းပြုစုဖော်ပြပါ (ဆရာဝန်ပေးသောဆေး နှင့် မိမိဘာသာဝယ်သောဆေးများကို ဖော်ပြပါ)-

ဆေးဝါး -	သုံးစွဲသည့်ပုံစံ -	သုံးစွဲရမည့်အကြိမ်ရေ -	သုံးစွဲသည့် အခါအခြားအရင်း -
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____

ဓာတ်မတည့်မှု ဟုတ်သည် မဟုတ်ပါ မသိပါ

သင်သည် တစ်ခုခုနှင့် ဓာတ်မတည့်ခြင်း ရှိပါသလား? ☐ ☐ ☐

ဓာတ်မတည့်မှုများအားလုံးနှင့် ၎င်းတို့၏ တုံ့ပြန်မှုကို စာရင်းပြုစုရေးသားပါ-

ဓာတ်မတည့်သည့်အရာ-	တုံ့ပြန်မှု-
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Date: _____



DENTAL ■ PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

Medical Information:

Please check the answer that is right for you, "Yes", "No", "DK" (Don't Know).

Heart and Circulatory Problems

Yes No DK

Heart Attack ☐ ☐ ☐

If yes, when _____

High Blood Pressure..... ☐ ☐ ☐

Chest Pain (Angina) ☐ ☐ ☐

Heart Murmurs..... ☐ ☐ ☐

Artificial Valves ☐ ☐ ☐

Other Heart Problems..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Stomach Problems

Yes No DK

Stomach Pain ☐ ☐ ☐

Heartburn..... ☐ ☐ ☐

History of Ulcers ☐ ☐ ☐

Colitis..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Mental Health Problems

Yes No DK

Depression ☐ ☐ ☐

Anxiety..... ☐ ☐ ☐

History of Psychiatric

Medications ☐ ☐ ☐

Comments _____

Neurologic Problems

Yes No DK

Epilepsy/Seizures ☐ ☐ ☐

Chronic Headaches..... ☐ ☐ ☐

History of Head Injury..... ☐ ☐ ☐

Numbness of Arms,

Legs, Hands or Feet..... ☐ ☐ ☐

History of Stroke ☐ ☐ ☐

If yes, when _____

Fainting Spells..... ☐ ☐ ☐

Comments _____

Blood Problems

Yes No DK

Bleeding Problems ☐ ☐ ☐

Anemia ☐ ☐ ☐

Hemophilia..... ☐ ☐ ☐

Are you taking blood thinners?... ☐ ☐ ☐

If yes, recent INR level _____

Comments _____

Breathing/Lung Problems

Yes No DK

Hay Fever ☐ ☐ ☐

Shortness of Breath..... ☐ ☐ ☐

Persistent Cough..... ☐ ☐ ☐

Positive Test/Treatment

for Tuberculosis ☐ ☐ ☐

Seasonal Allergies ☐ ☐ ☐

Asthma ☐ ☐ ☐

Emphysema..... ☐ ☐ ☐

Coughing up Blood ☐ ☐ ☐

Comments _____

Muscle and Bone Problems

Yes No DK

Joint/Back Pain..... ☐ ☐ ☐

History of Broken Bones..... ☐ ☐ ☐

Joint Swelling..... ☐ ☐ ☐

Arthritis ☐ ☐ ☐

Comments _____

Liver

Yes No DK

Hepatitis A, B, or C ☐ ☐ ☐

Alcoholic Liver Disease ☐ ☐ ☐

Other Liver Disease..... ☐ ☐ ☐

Jaundice ☐ ☐ ☐

Comments _____

Other

Yes No DK

Domestic Abuse..... ☐ ☐ ☐

Immune System Disorders ☐ ☐ ☐

Venereal Disease ☐ ☐ ☐

AIDS/HIV ☐ ☐ ☐

Kidney or Bladder

Problems ☐ ☐ ☐

Frequent Urinary

Tract Infections ☐ ☐ ☐

Comments _____

Do you have any other disease,

condition or problem not listed?... ☐ ☐ ☐

If Yes, please explain _____

I understand that, to the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true and correct. If I ever have any change in my health or medications, I will inform my health care provider immediately. I hereby give my consent to treatment for myself, or the named patient (of whom I am the parent, legal guardian, or foster parent) to the Community Health Centers of Burlington.

We set aside time just for you. If you're running late or must change an appointment, please call us as soon as possible. Arriving late may require your provider to reschedule your visit to allow enough time for your care. If you miss an appointment, you may have to wait for another opening. If you miss two appointments, you may be only able to make same-day appointments. By calling us when you are unable to make your scheduled appointment, we are able to see other patients waiting for an appointment. These rules are firm so that we can serve everyone in need of care.

Signature of Patient or Guardian _____ Date _____

Burmese Rev Jan 2013 CRD

Signature of Hygienist _____

☐ Not Applicable

Signature of Dentist _____

☐ Supervising ☐ Treating

Date _____



သွားကျန်းမာရေး၊ လူနာ၏ ဆေးကုသမှု မှတ်တမ်း

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်-
"ဟုတ်သည်" "မဟုတ်ပါ" "မသိပါ" ဟု သင့်လျော်သော အဖြေကို ဖြေဆိုပါ။

နုလုံးနှင့် သွေးလှည့်ပတ်မှုဆိုင်ရာ ပြဿနာများ <table><tr><td>နုလုံးအမောဖောက်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ရိုးခွဲပါက မည်သည့်အချိန်ကနည်း</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>သွေးမေ့မိချိန်တက်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း (Angina)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>နုလုံးရန်သူ မှပေးခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>နုလုံးအဆိုးရှင် အတူ</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အခြားနုလုံးပြဿနာများ</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ဝမ်းဗိုက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာများ <table><tr><td>ဗိုက်နာခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ရင်ဖျင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အနာရှိခဲ့ဖူးခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အူမကြီးယောင်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> စိတ်ကျန်းမာရေးပြဿနာများ <table><tr><td>စိတ်ဓာတ်ကျခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>စိတ်လှုပ်ရှားလွယ်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>စိတ်ရောဂါ ကုသမှု ခံယူမှုခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> အရိုးနှင့်ကြွက်သား ပြဿနာများ <table><tr><td>အရိုးအဆစ်/ ကျောနာခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အရိုးကျိုးရခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အရိုးဆက်ယောင်ခြင်း (Joint swelling)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အဆစ်အမြစ်ယောင်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> အသား <table><tr><td>အသားရောင် အေး ဘီ သို့မဟုတ် စီ</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အရက်ကြောင့်ဖြစ်သော အသားရောင်</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အခြား အသားရောင်</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အသားဝါရောင်</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> အရေပြားပြဿနာများ <table><tr><td>အပိန်းများ</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ခွဲပြောင်းလဲခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> အာရုံကြောဆိုင်ရာပြဿနာများ <table><tr><td>ဝက်ရှုမြင်ခြင်း/တက်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>နာတာရှည်ခေါင်းကိုက်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ဦးခေါင်းဒဏ်ရာ ရူးခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မြေလက်ထုံကွင်းခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>လေဖြတ်မှုခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ရိုးခွဲပါက မည်သည့်အချိန်ကနည်း</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>မူးမော့တတ်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> သွေးပြဿနာများ <table><tr><td>သွေးထွက်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>သွေးအားနည်းခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>သွေးနီဇွန်အားနည်းခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>သင် သွေးကျွေးဆေး သောက်နေပါသလား?</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>သောက်သုံးသော ငြိမ်းသောအကြိမ်၏ INR ဖောက်</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> အခြား <table><tr><td>အိပ်တွင်းအနီငွေကြေးအကြမ်းဖက်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ကိုယ်ခံအား ကျဆင်းခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သောရောဂါ</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>အိတ်ချီအိုင်ဂျီ/အေအိုင်အိတ်</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ကျောက်ကပ် သို့မဟုတ် ဆီးအိတ် ပြဿနာများ</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မကြာခဏ လီးလမ်းကြောင်း ပိတ်ခြင်း</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>မှတ်ချက်</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>သင့်တွင် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်တို့တွင် မပါဝင်သည့် အခြား ရောဂါ၊ အခြေအနေ သို့မဟုတ် ပြဿနာ ရှိပါသလား?</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>ရှိပါက ရှင်းပြပါ</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	နုလုံးအမောဖောက်ခြင်း	☐	☐	☐	ရိုးခွဲပါက မည်သည့်အချိန်ကနည်း				သွေးမေ့မိချိန်တက်ခြင်း	☐	☐	☐	ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း (Angina)	☐	☐	☐	နုလုံးရန်သူ မှပေးခြင်း	☐	☐	☐	နုလုံးအဆိုးရှင် အတူ	☐	☐	☐	အခြားနုလုံးပြဿနာများ	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				ဗိုက်နာခြင်း	☐	☐	☐	ရင်ဖျင်း	☐	☐	☐	အနာရှိခဲ့ဖူးခြင်း	☐	☐	☐	အူမကြီးယောင်ခြင်း	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				စိတ်ဓာတ်ကျခြင်း	☐	☐	☐	စိတ်လှုပ်ရှားလွယ်ခြင်း	☐	☐	☐	စိတ်ရောဂါ ကုသမှု ခံယူမှုခြင်း	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				အရိုးအဆစ်/ ကျောနာခြင်း	☐	☐	☐	အရိုးကျိုးရခြင်း	☐	☐	☐	အရိုးဆက်ယောင်ခြင်း (Joint swelling)	☐	☐	☐	အဆစ်အမြစ်ယောင်ခြင်း	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				အသားရောင် အေး ဘီ သို့မဟုတ် စီ	☐	☐	☐	အရက်ကြောင့်ဖြစ်သော အသားရောင်	☐	☐	☐	အခြား အသားရောင်	☐	☐	☐	အသားဝါရောင်	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				အပိန်းများ	☐	☐	☐	ခွဲပြောင်းလဲခြင်း	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				ဝက်ရှုမြင်ခြင်း/တက်ခြင်း	☐	☐	☐	နာတာရှည်ခေါင်းကိုက်ခြင်း	☐	☐	☐	ဦးခေါင်းဒဏ်ရာ ရူးခြင်း	☐	☐	☐	မြေလက်ထုံကွင်းခြင်း	☐	☐	☐	လေဖြတ်မှုခြင်း	☐	☐	☐	ရိုးခွဲပါက မည်သည့်အချိန်ကနည်း				မူးမော့တတ်ခြင်း	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				သွေးထွက်ခြင်း	☐	☐	☐	သွေးအားနည်းခြင်း	☐	☐	☐	သွေးနီဇွန်အားနည်းခြင်း	☐	☐	☐	သင် သွေးကျွေးဆေး သောက်နေပါသလား?	☐	☐	☐	သောက်သုံးသော ငြိမ်းသောအကြိမ်၏ INR ဖောက်				မှတ်ချက်				အိပ်တွင်းအနီငွေကြေးအကြမ်းဖက်ခြင်း	☐	☐	☐	ကိုယ်ခံအား ကျဆင်းခြင်း	☐	☐	☐	လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သောရောဂါ	☐	☐	☐	အိတ်ချီအိုင်ဂျီ/အေအိုင်အိတ်	☐	☐	☐	ကျောက်ကပ် သို့မဟုတ် ဆီးအိတ် ပြဿနာများ	☐	☐	☐	မကြာခဏ လီးလမ်းကြောင်း ပိတ်ခြင်း	☐	☐	☐	မှတ်ချက်				သင့်တွင် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်တို့တွင် မပါဝင်သည့် အခြား ရောဂါ၊ အခြေအနေ သို့မဟုတ် ပြဿနာ ရှိပါသလား?	☐	☐	☐	ရှိပါက ရှင်းပြပါ			
နုလုံးအမောဖောက်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ရိုးခွဲပါက မည်သည့်အချိန်ကနည်း																																																																																																																																																																																																																				
သွေးမေ့မိချိန်တက်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း (Angina)	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
နုလုံးရန်သူ မှပေးခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
နုလုံးအဆိုးရှင် အတူ	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အခြားနုလုံးပြဿနာများ	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
ဗိုက်နာခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ရင်ဖျင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အနာရှိခဲ့ဖူးခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အူမကြီးယောင်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
စိတ်ဓာတ်ကျခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
စိတ်လှုပ်ရှားလွယ်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
စိတ်ရောဂါ ကုသမှု ခံယူမှုခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
အရိုးအဆစ်/ ကျောနာခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အရိုးကျိုးရခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အရိုးဆက်ယောင်ခြင်း (Joint swelling)	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အဆစ်အမြစ်ယောင်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
အသားရောင် အေး ဘီ သို့မဟုတ် စီ	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အရက်ကြောင့်ဖြစ်သော အသားရောင်	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အခြား အသားရောင်	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အသားဝါရောင်	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
အပိန်းများ	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ခွဲပြောင်းလဲခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
ဝက်ရှုမြင်ခြင်း/တက်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
နာတာရှည်ခေါင်းကိုက်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ဦးခေါင်းဒဏ်ရာ ရူးခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မြေလက်ထုံကွင်းခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
လေဖြတ်မှုခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ရိုးခွဲပါက မည်သည့်အချိန်ကနည်း																																																																																																																																																																																																																				
မူးမော့တတ်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
သွေးထွက်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
သွေးအားနည်းခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
သွေးနီဇွန်အားနည်းခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
သင် သွေးကျွေးဆေး သောက်နေပါသလား?	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
သောက်သုံးသော ငြိမ်းသောအကြိမ်၏ INR ဖောက်																																																																																																																																																																																																																				
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
အိပ်တွင်းအနီငွေကြေးအကြမ်းဖက်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ကိုယ်ခံအား ကျဆင်းခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သောရောဂါ	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
အိတ်ချီအိုင်ဂျီ/အေအိုင်အိတ်	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ကျောက်ကပ် သို့မဟုတ် ဆီးအိတ် ပြဿနာများ	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မကြာခဏ လီးလမ်းကြောင်း ပိတ်ခြင်း	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
မှတ်ချက်																																																																																																																																																																																																																				
သင့်တွင် အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်တို့တွင် မပါဝင်သည့် အခြား ရောဂါ၊ အခြေအနေ သို့မဟုတ် ပြဿနာ ရှိပါသလား?	☐	☐	☐																																																																																																																																																																																																																	
ရှိပါက ရှင်းပြပါ																																																																																																																																																																																																																				

ကျွန်ုပ်တို့ဖြေဆိုထားသည့် အားလုံးတို့သည် ကျွန်ုပ်တို့ရှိရသမျှ အတိုင်းအတာအထိ မှန်ကန်မှု ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှု အခြေအနေများ ပြောင်းလဲမှုတစ်ခုခု ရှိလာပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူကို ချက်ချင်း အကြောင်းကြားပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့အား သို့မဟုတ် အမည်ပါ လူနာ (ကျွန်ုပ်တို့သည် ထိုသူ၏ မိဘ၊ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် မွေးစားမိဘ) အား ကုသမှုပေးရန် သဘောတူပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့မှ သင့်အတွက် အချိန်သီးသန့် ပေးထားပါသည်။ သင်သည် နောက်ကျမည်ဆိုပါက သို့မဟုတ် ချိန်းဆိုမှုကို ပြောင်းလဲရန် လိုအပ်ပါက အမြန်ဆုံး ဖုန်းခေါ်ပါ။ နောက်ကျလာခြင်းဖြင့် သင့်ကို စောင့်ရှောက်မှုပေးသူက သင့်အတွက် အချိန်အလုံအလောက်ရစေရန် သင့်နှင့်အချိန်အချက်ကို ပြန်လည်စီစဉ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။

သင်သည် ချိန်းဆိုမှုကို လွှဲချော်ပါက နောက်ထပ်တစ်ကြိမ်အထိ စောင့်ရန်လိုအပ်ပါသည်။ သင်သည် ချိန်းဆိုမှုနှစ်ကြိမ်ကို လွှဲချော်ခဲ့ပါက တစ်ရက်ထဲတွင်သာ ချိန်းဆိုမှုများ ပြန်လည်ပြုလုပ်နိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

သင့်ချိန်းဆိုမှုကို မလာရောက်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖုန်းခေါ်အကြောင်းကြားခြင်းဖြင့် ချိန်းဆိုမှု ပြုလုပ်လိုသော အခြားလူနာများအတွက် အချိန်ပေးနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ယခု စည်းမျဉ်းများသည် အနိုင်အမာဖြစ်ပြီး သို့သော် စောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်သူ လူတိုင်းအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ ဝန်ဆောင်မှုပေးနိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

လူနာသို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ်	နေ့စွဲ	သွားကျန်းမာရေးပညာရှင်လက်မှတ်	သွားဆရာဝန်လက်မှတ်	နေ့စွဲ
		☐ မရှိပါ	☐ ကြီးကြပ်	☐ ကုသ