

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အိတ် (Medical Go Bag)

အတွင်း ထည့်သွင်းရမည့် ပစ္စည်းများ စာရင်း

စာရွက်စာတမ်းများ

- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ရာဇဝင် စာရွက်စာတမ်း (ပါဝင်ပြီး)
- အထောက်အထားမိတ္တူ - ယာဉ်မောင်းလိုင်စင်၊ စသည်
- ကျန်းမာရေးအာမခံကတ်မိတ္တူ
- ကြိုတင်ညွှန်ကြားချက် သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်လွှဲစာ မိတ္တူ
- အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်စောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာ အချက်အလက် စာရွက်စာတမ်း (ပါဝင်ပြီး)

သက်သောင့်သက်သာ ဖြစ်စေမည့် ပစ္စည်းများ

- သွားတုထည့်ရန် ဘူး
- သက်ဆိုင်ပါက အထောက်အကူပြုကိရိယာ
- အနှစ်သက်ဆုံး စာအုပ်
- စာလုံးဆက်ဂိမ်း (Scrabble)၊ ဆူဒိုကူ(Sudoku)၊ ဂိမ်းများ
- ဆဲလ်ဖုန်း/ အိုင်ပက်/ တက်ဘလက်နှင့် အားသွင်းကြိုးများ
- စာရွက်နှင့် ဘောပင်
- ချစ်မြတ်နိုးရသူများ၏ ဓာတ်ပုံ
- နေအိမ်မှ စိတ်သက်သာရာရစေမည့် ပစ္စည်းများ
- ချော်လဲခြင်းမရှိသော ခြေညှပ်ဖိနပ်/အလွယ်တကူ စီးနိုင်သည့်ဖိနပ်များ

အပိုဆောင်းပစ္စည်းများ

- အင်္ကျီ၊ ဘောင်းဘီနှင့် အတွင်းခံ အပို
- အိမ်သော့အပို
- အကြားအာရုံအထောက်အကူအပိုများနှင့် ဓာတ်ခဲများ
- မျက်မှန်အပိုတစ်စုံ သို့မဟုတ် မျက်ကပ်မှန်အပိုများ
- ဖြစ်နိုင်မည်ဆိုလျှင် အစားအစာများ
- ပြန်ဖြည့်နိုင်သော ရေပုလင်း



ပုံနှိပ်ထုတ်ယူနိုင်သော အိတ်ချိတ်တံဆိပ် (Bag Loop)

ပုံနှိပ်ထုတ်ယူပြီး ကတ်ကြေးဖြင့် ညှပ်ပါ။
ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အိတ်တွင် ချိတ်ဆွဲပါ။



ပိုင်ရှင် - _____



ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အိတ် (Medical Go Bag)



အရေးကြီးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ ပါဝင်သည် - ကိုယ်နှင့်မကွာ ထားရှိပါ



ပိုင်ရှင် - _____



ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အိတ် (Medical Go Bag)



အရေးကြီးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ ပါဝင်သည် - ကိုယ်နှင့်မကွာ ထားရှိပါ



ပိုင်ရှင် - _____



ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အိတ် (Medical Go Bag)



အရေးကြီးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ ပါဝင်သည် - ကိုယ်နှင့်မကွာ ထားရှိပါ


ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ရာဇဝင်

လူနာအချက်အလက်		ဦးစားပေး ဘာသာစကား -				
အမည် -		မွေးသက္ကရာဇ် -		ကျား/မ -		
လိပ်စာ		ဖုန်း				
အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန် #1						
အမည်	တော်စပ်ပုံ	ဖုန်း				
အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန် #2						
အမည်	တော်စပ်ပုံ	ဖုန်း				
အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန် #3						
အမည်	တော်စပ်ပုံ	ဖုန်း				
အာမခံအချက်အလက်						
အာမခံ ကုမ္ပဏီ		အာမခံ ပေါ်လစီ နံပါတ်				
ကိုယ်ရေးရာဇဝင် (သက်ဆိုင်သမျှ အားလုံးကို အမှတ်ခြစ်ပါ)						
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> သိရှိထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝေဒနာများ မရှိပါ <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်မှုများ (ဆေးဝါး၊ အစားအစာ၊ ပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ) <input type="checkbox"/> သွေးအားနည်းခြင်း <input type="checkbox"/> စိုးရိမ်ပူပန်မှု <input type="checkbox"/> အဆစ်အမြစ်ရောင်ရမ်းခြင်း <input type="checkbox"/> ရင်ကြပ်ရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးသွင်းခြင်း <input type="checkbox"/> ကင်ဆာ (သတ်မှတ်ဖော်ပြပါ.....) <input type="checkbox"/> နှလုံးညှစ်အားကျဆင်းခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပေါ်သော နှလုံးရောဂါ (Congestive heart failure) <input type="checkbox"/> နာတာရှည် အဆုတ်ပွလေပြွန်ကျဉ်းရောဂါ (COPD) / အဆုတ်လေအိတ်ဖောင်းရောဂါ (Emphysema) <input type="checkbox"/> စိတ်ကျဝေဒနာ <input type="checkbox"/> ဆီးချိုရောဂါ (အမျိုးအစား 1 / အမျိုးအစား 2) <input type="checkbox"/> ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ / ရုတ်တရက် တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> စားချဉ်ပြန်ရောဂါ (GERD - အက်ဆစ်ပြန်တက်ခြင်း) <input type="checkbox"/> ရေတိမ် <input type="checkbox"/> ဂေါက်ရောဂါ </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> နှလုံးဖောက်ခြင်း / နှလုံးရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးပေါင်ချိန်တက်ခြင်း (သွေးတိုးရောဂါ) <input type="checkbox"/> သွေးတွင်းအဆီဓာတ် (Cholesterol) မြင့်တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ရောဂါ / ကျောက်ကပ် ကျောက်များ <input type="checkbox"/> အသည်းရောဂါ / အသည်းရောင်ရောဂါ <input type="checkbox"/> ခေါင်းတစ်ခြမ်းကိုက်ဝေဒနာ (Migraines) <input type="checkbox"/> အရိုးပွရောဂါ <input type="checkbox"/> လေဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေသော ဆေးဝါးများ အလွဲသုံးစွဲခြင်း (အရက် / မူးယစ်ဆေးဝါးများ) <input type="checkbox"/> သိုင်းရွိုက်ရောဂါ (အလုပ်လုပ်ဆောင်မှုနည်းခြင်း / အလုပ်လုပ်ဆောင်မှုလွန်ကဲခြင်း) <input type="checkbox"/> တီဘီရောဂါ <input type="checkbox"/> အနာများ </td> </tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> သိရှိထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝေဒနာများ မရှိပါ <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်မှုများ (ဆေးဝါး၊ အစားအစာ၊ ပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ) <input type="checkbox"/> သွေးအားနည်းခြင်း <input type="checkbox"/> စိုးရိမ်ပူပန်မှု <input type="checkbox"/> အဆစ်အမြစ်ရောင်ရမ်းခြင်း <input type="checkbox"/> ရင်ကြပ်ရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးသွင်းခြင်း <input type="checkbox"/> ကင်ဆာ (သတ်မှတ်ဖော်ပြပါ.....) <input type="checkbox"/> နှလုံးညှစ်အားကျဆင်းခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပေါ်သော နှလုံးရောဂါ (Congestive heart failure) <input type="checkbox"/> နာတာရှည် အဆုတ်ပွလေပြွန်ကျဉ်းရောဂါ (COPD) / အဆုတ်လေအိတ်ဖောင်းရောဂါ (Emphysema) <input type="checkbox"/> စိတ်ကျဝေဒနာ <input type="checkbox"/> ဆီးချိုရောဂါ (အမျိုးအစား 1 / အမျိုးအစား 2) <input type="checkbox"/> ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ / ရုတ်တရက် တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> စားချဉ်ပြန်ရောဂါ (GERD - အက်ဆစ်ပြန်တက်ခြင်း) <input type="checkbox"/> ရေတိမ် <input type="checkbox"/> ဂေါက်ရောဂါ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> နှလုံးဖောက်ခြင်း / နှလုံးရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးပေါင်ချိန်တက်ခြင်း (သွေးတိုးရောဂါ) <input type="checkbox"/> သွေးတွင်းအဆီဓာတ် (Cholesterol) မြင့်တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ရောဂါ / ကျောက်ကပ် ကျောက်များ <input type="checkbox"/> အသည်းရောဂါ / အသည်းရောင်ရောဂါ <input type="checkbox"/> ခေါင်းတစ်ခြမ်းကိုက်ဝေဒနာ (Migraines) <input type="checkbox"/> အရိုးပွရောဂါ <input type="checkbox"/> လေဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေသော ဆေးဝါးများ အလွဲသုံးစွဲခြင်း (အရက် / မူးယစ်ဆေးဝါးများ) <input type="checkbox"/> သိုင်းရွိုက်ရောဂါ (အလုပ်လုပ်ဆောင်မှုနည်းခြင်း / အလုပ်လုပ်ဆောင်မှုလွန်ကဲခြင်း) <input type="checkbox"/> တီဘီရောဂါ <input type="checkbox"/> အနာများ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> သိရှိထားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝေဒနာများ မရှိပါ <input type="checkbox"/> ဓာတ်မတည့်မှုများ (ဆေးဝါး၊ အစားအစာ၊ ပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာ) <input type="checkbox"/> သွေးအားနည်းခြင်း <input type="checkbox"/> စိုးရိမ်ပူပန်မှု <input type="checkbox"/> အဆစ်အမြစ်ရောင်ရမ်းခြင်း <input type="checkbox"/> ရင်ကြပ်ရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးသွင်းခြင်း <input type="checkbox"/> ကင်ဆာ (သတ်မှတ်ဖော်ပြပါ.....) <input type="checkbox"/> နှလုံးညှစ်အားကျဆင်းခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပေါ်သော နှလုံးရောဂါ (Congestive heart failure) <input type="checkbox"/> နာတာရှည် အဆုတ်ပွလေပြွန်ကျဉ်းရောဂါ (COPD) / အဆုတ်လေအိတ်ဖောင်းရောဂါ (Emphysema) <input type="checkbox"/> စိတ်ကျဝေဒနာ <input type="checkbox"/> ဆီးချိုရောဂါ (အမျိုးအစား 1 / အမျိုးအစား 2) <input type="checkbox"/> ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ / ရုတ်တရက် တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> စားချဉ်ပြန်ရောဂါ (GERD - အက်ဆစ်ပြန်တက်ခြင်း) <input type="checkbox"/> ရေတိမ် <input type="checkbox"/> ဂေါက်ရောဂါ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> နှလုံးဖောက်ခြင်း / နှလုံးရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးပေါင်ချိန်တက်ခြင်း (သွေးတိုးရောဂါ) <input type="checkbox"/> သွေးတွင်းအဆီဓာတ် (Cholesterol) မြင့်တက်ခြင်း <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ရောဂါ / ကျောက်ကပ် ကျောက်များ <input type="checkbox"/> အသည်းရောဂါ / အသည်းရောင်ရောဂါ <input type="checkbox"/> ခေါင်းတစ်ခြမ်းကိုက်ဝေဒနာ (Migraines) <input type="checkbox"/> အရိုးပွရောဂါ <input type="checkbox"/> လေဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> မူးယစ်ဆေးဝါးနှင့် စိတ်ကိုပြောင်းလဲစေသော ဆေးဝါးများ အလွဲသုံးစွဲခြင်း (အရက် / မူးယစ်ဆေးဝါးများ) <input type="checkbox"/> သိုင်းရွိုက်ရောဂါ (အလုပ်လုပ်ဆောင်မှုနည်းခြင်း / အလုပ်လုပ်ဆောင်မှုလွန်ကဲခြင်း) <input type="checkbox"/> တီဘီရောဂါ <input type="checkbox"/> အနာများ 					
အခြား ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပြဿနာ များ -						
ကုသမှုများ/ဆေးဝါးများ						
ဆေးအမည်(များ)	ဆေးပမာဏ(များ)	အကြိမ်အရေအတွက်	ရည်ရွယ်ချက်	မှတ်ချက်(များ)		

ကုသမှုများ/ဆေးဝါးများ				
ဆေးအမည်(များ)	ဆေးပမာဏ(များ)	အကြိမ်အရေအတွက်	ရည်ရွယ်ချက်	မှတ်ချက်(များ)
အစားအသောက်ဆိုင်ရာ ကန့်သတ်ချက်များ -			ဓာတ်မတည့်မှုများ -	
မိသားစု ရာဇဝင် (သက်ဆိုင်သမျှအားလုံးကို အမှတ်ဖြစ်ပါ)				
<input type="checkbox"/> ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအခြေအနေများ၏ မိသားစုရာဇဝင်မရှိပါ <input type="checkbox"/> ကင်ဆာ <input type="checkbox"/> ဆီးချိုရောဂါ <input type="checkbox"/> နှလုံးရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးတိုးရောဂါ <input type="checkbox"/> သွေးတွင်းအဆီဓာတ် (Cholesterol) မြင့်တက်ခြင်း		<input type="checkbox"/> လေဖြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/> သိုင်းရွိုက်ရောဂါ <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ရောဂါ <input type="checkbox"/> စိတ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေများ (စိတ်ကျဝေဒနာ၊ စိုးရိမ်ပူပန်မှု၊ စသည်) <input type="checkbox"/> ကိုယ်ခံအားစနစ်က ကိုယ်ခန္ဓာကို ပြန်လည်တိုက်ခိုက်သောရောဂါများ (Autoimmune Diseases) <input type="checkbox"/> အခြား -		
အခြေခံ စောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူ (PCP) အမည် - PCP ၏ ဖုန်းနံပါတ်နှင့် လိပ်စာ -		ထပ်ဆောင်း ကျန်းမာရေး အချက်အလက် -		
ခွဲစိတ်ကုသမှုများ/လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ (ရက်စွဲများနှင့်တကွ) -				
ဆေးဆိုင်အမည် - ဆေးဆိုင် ဖုန်းနံပါတ် - ဆေးဆိုင်လိပ်စာ -				

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအဖွဲ့အတွက် အခြားအရေးကြီးသော လူ့ဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို မျှဝေရန် ဤစာမျက်နှာကို အသုံးပြုပါ။

အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်အတွက် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု အချက်အလက်

အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်အမည် -		 <p>သင့်အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်၏ဓာတ်ပုံကို ဤနေရာတွင် ထည့်ပါ</p>
လိင် -	အသက်အရွယ် -	
မျိုးစိတ် -		
အရောင် -		

အစာအချက်အလက်

သင့်အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်နှင့်သက်ဆိုင်သော အစာဆိုင်ရာ အချက်အလက်အားလုံးကို ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် ထည့်သွင်းပါ။ အောက်တွင် အစာတံဆိပ်၊ ပမာဏနှင့် အစာကျွေးသည့် အကြိမ်ရေ အပါအဝင်။

အပေါ့အပါးသွားခြင်း အလေ့အထ

သင်၏ အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်၏ အပေါ့အပါးသွားခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သော အချက်အလက်အားလုံးကို အောက်တွင် ထည့်သွင်းပါ။

ထပ်ဆောင်း အချက်အလက်

သင့်အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်နှင့်ပတ်သက်၍ အပြင်ထွက်ချိန် နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဝါးတိုက်ကျွေးမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကဲ့သို့သော အခြားဖြည့်စွက်အချက်အလက်များကို အောက်တွင် ထည့်သွင်းပါ။ တိရစ္ဆာန်ဆေးကုခန်း အချက်အလက်များ၊ ဥပမာ - အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ်။

အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်အတွက် ဆက်သွယ်ရန်ပုဂ္ဂိုလ်နှင့် ဖုန်းနံပါတ် -

