



MRN: *MRN:* \_\_\_\_\_

Today's Date: ယနေ့ရက်စွဲ - \_\_\_\_\_

**Patient Information:** လူနာ၏ အချက်အလက်များ -

Name: အမည် - \_\_\_\_\_ Date of Birth: ရက်စွဲ - \_\_\_\_\_

SSN# - \_\_\_\_\_ Marital Status: အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ -  S လူလူတ်  M အိမ်ထောင်သည်  D ကွာရှင်းပြီး  W မှဆိုးဖို/မ

Address: လိပ်စာ - \_\_\_\_\_ City: မြို့ - \_\_\_\_\_ State: ပြည်နယ် - \_\_\_\_\_ Zip: စာပို့ကုဒ် - \_\_\_\_\_

Home Phone: အိမ်ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_ Cell Phone: ဆဲလ်ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

Emergency Contact: အရေးပေါ်ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_ Phone: ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

Relationship: တော်စပ်ပုံ - \_\_\_\_\_

Patient Employer: လူနာ၏ အလုပ်ရှင် - \_\_\_\_\_ Phone: ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

Address: လိပ်စာ - \_\_\_\_\_ City: မြို့ - \_\_\_\_\_ State: ပြည်နယ် - \_\_\_\_\_ Zip: စာပို့ကုဒ် - \_\_\_\_\_

Referring Physician: ညွှန်ဆောင်ပေးသည့် ဆရာဝန် - \_\_\_\_\_ LMP: နောက်ဆုံးရာသီစက်ဝန်း၏ ပထမဆုံးရက် - \_\_\_\_\_

Due Date: မွေးဖွားမည့် သတ်မှတ်ရက် - \_\_\_\_\_

Primary language? အဓိကပြောဆိုသည့် ဘာသာစကားမှာအဘယ်နည်း? \_\_\_\_\_

How well do you speak English? အင်္ဂလိပ်လို ဘယ်လောက်ပြောတတ်သလဲ  Well ကျွမ်းကျင်စွာ  Fair အသင့်အတင့်  Poor အနည်းငယ်

Email: အီးမေးလ် လိပ်စာ - \_\_\_\_\_

**Spouse's Information:** ခင်ပွန်းသည်၏ အချက်အလက်များ -

Spouse's Name: ခင်ပွန်းအမည် - \_\_\_\_\_ Date of Birth: မွေးသက္ကရာဇ် - \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ Phone #: ဖုန်းနံပါတ် #: \_\_\_\_\_

Employer: အလုပ်ရှင် - \_\_\_\_\_ Phone #: ဖုန်းနံပါတ် #: \_\_\_\_\_

**Insurance Information:** အာမခံကုမ္ပဏီ၏ အချက်အလက်များ -

Primary Insurance: အဓိက အာမခံကုမ္ပဏီ - \_\_\_\_\_ Group #: အုပ်စု #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Insured's Name: အာမခံထားသူအမည် - \_\_\_\_\_ Date of Birth: မွေးသက္ကရာဇ် - \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ - \_\_\_\_\_  HMO  PPO  POS  EPO

Insurance Co. Address: အာမခံကုမ္ပဏီ၏ အခြားလိပ်စာ - \_\_\_\_\_ City: မြို့ - \_\_\_\_\_ State: ပြည်နယ် - \_\_\_\_\_

Zip: စာပို့ကုဒ် - \_\_\_\_\_ Phone #: ဖုန်းနံပါတ် #: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance: ဒုတိယအာမခံ - \_\_\_\_\_ Group #: အုပ်စု #: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Insured's Name: အာမခံထားသူအမည် - \_\_\_\_\_ Date of Birth: မွေးသက္ကရာဇ် - \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ - \_\_\_\_\_  HMO  PPO  POS  EPO

Insurance Co. Address: အာမခံကုမ္ပဏီ၏ အခြားလိပ်စာ - \_\_\_\_\_ City: မြို့ - \_\_\_\_\_ State: ပြည်နယ် - \_\_\_\_\_

Zip: စာပို့ကုဒ် - \_\_\_\_\_ Phone #: ဖုန်းနံပါတ် #: \_\_\_\_\_





ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျင့်သုံးမှုများအား အသိပေးချက် လူနာ အသိအမှတ်ပြုမှု ပုံစံ

ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျင့်သုံးမှုများ အသိပေးချက် ("အသိပေးချက်") တွင် 1) ကျွန်ုပ်တို့၏ လူနာများနှင့် ပတ်သက်သော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အခွင့်အရေးများနှင့် 2) ကျွန်ုပ်တို့၏ လူနာများနှင့်ပတ်သက်သော ထိန်းသိမ်းထားသည့် ကျန်းမာရေးအကြောင်းအရာများအား အသုံးပြုပုံနှင့် ထုတ်ပြန်ပုံ အကြောင်းအရာများ ပါဝင်ပါသည်။ ပြည်ထောင်စုဥပဒေများအရ ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ဤအသိအမှတ်ပြုမှုပုံစံအား လက်မှတ်မထိုးမီ လူနာများ သို့မဟုတ် တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်များထံ ကျွန်ုပ်တို့၏ အသိပေးချက်အား ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ သင်၏ အခွင့်အရေးများ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ ကျင့်သုံးမှုများနှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးမြန်းစရာများရှိပါက [privacy\\_officer@pediatrix.com](mailto:privacy_officer@pediatrix.com) သို့ အီလက်ထရောနစ် မက်ဆေ့ချ်(အီးမေးလ်) သို့မဟုတ် စာတစ်စောင် ပေးပို့ပါ။

Privacy Officer  
Pediatrix Medical Group, Inc.  
1301 Concord Terrace  
Sunrise, FL 33323

ဤပုံစံအားလက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် သင့်အနေနဲ့ ကျွန်ုပ်တို့၏ အသိပေးချက်အား ရရှိပြီးဖြစ်သည်ကို အသိပေးပြီးသား ဖြစ်ပါမည်။

---

လူနာ သို့မဟုတ် တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်

---

ရက်စွဲ



**ကျွန်ုပ်တို့၏ ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာ မူဝါဒ**

ကျွန်ုပ်တို့၏ သမားတော်များနှင့် ဝန်ထမ်းများသည် သင့်၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု စရိတ်များအတွက် ပုံပန်းနေကြပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ အဖိုးအခများသတ်မှတ်ရာတွင် အတော်အတန် အားထုတ်မှုပြုပြီးဖြစ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ အဖိုးအခများတွင် သင့်ကျန်းမာရေးအခြေအနေများအား အကဲဖြတ်ခြင်းနှင့် စီမံခန့်ခွဲမှုအတွက်လိုအပ်သော အရည်အသွေးနှင့် ကျွမ်းကျင်မှုအတွက် ပါဝင်ကြောင်း အာမခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ဟာ များစွာသော စီမံခန့်ခွဲမှုပြုလုပ်ထားသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအစဉ်များတွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ထားသော်လည်း သင့်၏ သိသန့်အစီအစဉ်များတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ ပါဝင်ဆောင်ရွက်ခြင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများမေးလိုပါက သင်၏အာမခံ ကုမ္ပဏီကို ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဘဏ္ဍာရေးဆိုင်ရာမူဝါဒများ သို့မဟုတ် သင်၏ ကုန်ကျစရိတ်များနှင့်ပတ်သက်ပြီး မေးခွန်းများမေးမြန်လိုပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ ငွေပေးချေမှုရုံးခန်း 888.822.2855 သို့ဆက်သွယ်ပြီး မေးမြန်နိုင်ပါသည်။ တောင်းဆိုမှုအပေါ်မူတည်ပြီး SB1731 အတိုင်း ကုန်ကျစရိတ်တစ်ခုချင်းစီအား ရှင်းပြထားသော အမျိုးအမည်တစ်ခုချင်းဖော်ပြထားသည့် ကုန်ကျစရိတ်စာရင်းရှင်းတမ်းတစ်ခုကို ရုံးဖွင့်ရက် (10) ရက်အတွင်းရရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးဝါးအကူအညီစီမံကိန်း သို့မဟုတ် HMO တွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်သူများသည် လိုအပ်သော အကြောင်းအရာများအားလုံးအပြင် သင်၏ လက်ဦးဆရာဝန်ထံမှ ကြိုတင်ခွင့်ပြုရန် တာဝန်ရှိသည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ သတိပြုပါ - ထိုအကြောင်းအရာအား ထောက်ပံ့ရန်ပျက်ကွက်သူများအနေဖြင့် ကျသင့်သောကုန်ကျစရိတ်အားလုံးအတွက် ငွေရေးကြေးရေးအရ တာဝန်ယူရမည်ဖြစ်ပါသည်။

**မှတ်တမ်းများကိုထုတ်ပြန်ရန် ခွင့်ပြုချက်**

ကျွန်ုပ်တို့သည် Obstetrix Medical Group of Dallas အား လူသာ ခုခံအားကျဆင်းစေသော ဗိုင်းရပ်စ်(HIV) နှင့် ခုခံအားကျဆင်းမှု ကူးစက်ရောဂါ (AIDS) ကဲ့သို့သော ကူးစက်နိုင်သောရောဂါများ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းဆေးစစ်ချက် ရလဒ်များ၊ ယခင်ဆေးဝါးကုသမှုများ၊ တိုးတက်မှုမှတ်သားချက်များ သို့မဟုတ် အခြားသောဆက်စပ်သတင်းများကဲ့သို့သော ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အကြောင်းအရာများ အပါအဝင် အခြားအရာများအား အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်များထံသို့ ထုတ်ပြန်ရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ 1.) ဥပဒေအရ မြို့၊ ပြည်နယ်၊ ပြည်ထောင်စုအေဂျင်စီများ၏ ကိုယ်စားလှယ်များ 2.) ကျွန်ုပ်တို့၏အာမခံကုမ္ပဏီ သို့မဟုတ် ၎င်းမှသတ်မှတ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်များ 3.) ကျသင့်သောကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ပေးချေရန် ကျွန်ုပ်တို့၏ကုသမှု သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအရ ငွေရေးကြေးရေးအရ တာဝန်ရှိသူ(များ)

**အာမခံလျော်ကြေးတောင်းရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အာမခံကုမ္ပဏီမှ ကျွန်ုပ်တို့၏ ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာ အကြောင်းအရာများလိုအပ်မည်ဆိုသည်ကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ ဤထုတ်ပြန်ချက်အား လက်မှတ်မထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့ဟာ ငွေရေးကြေးရေးအရ အပြည့်အဝတာဝန်ရှိသည်နှင့် ဝန်ဆောင်မှုများရရှိချိန်တွင် ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးပေးရမည်ကို လက်ခံပြီးဖြစ်သည်ကို နားလည်ပါသည်။**

**အကျိုးအမြတ်များသတ်မှတ်ခြင်း/ဘဏ္ဍာရေးအရခရိုမူ**

ကျွန်ုပ်တို့အနေနှင့် သင်၏လျော်ကြေးငွေတောင်းဆိုမှုအတွက် လျှောက်တင်ခြင်းနှင့် တောင်းဆိုခြင်းများတွင် သင့်အား ကူညီခြင်းအတွက် ဖျော်ရွှင်မှုရှိသော်လည်း သင်၏အာမခံမူဝါဒသည် သင့်နှင့် သင့်အာမခံကုမ္ပဏီအကြား သဘောတူညီမှုဖြစ်သည်ကို နားလည်ပါ။ အာမခံကုမ္ပဏီမှ လျော်ကြေးရသည်ဖြစ်စေ မရသည်ဖြစ်စေ သင်ဟာတရားဝင် ကျသင့်တဲ့ကုန်ကျစရိတ်အားလုံးအတွက် တာဝန်ရှိပါသည်။ ဝန်ဆောင်မှုရရှိချိန်မှာ အခွန်နုတ်ခြင်း၊ ရာခိုင်နှုန်းဖြင့် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းပေးချေမှုများပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ဟာ MasterCard၊ Visa၊ Discover နှင့် American Express၊ ချက်လက်မှတ်များ၊ ငွေသားနှင့် ငွေလွှဲစာများကို လက်ခံပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အကျိုးအမြတ်တစ်ခုခုအား လွှဲပြောင်းခြင်း၊ ဒါမှမဟုတ် ဆေးရုံတင်ခြင်း၊ ဖျားနာခြင်း၊ မတော်တဆမှု ဒါမှမဟုတ် ရရှိသောဝန်ဆောင်မှုတစ်ခုခုအတွက် အခြားသော အာမခံရရှိမှုမှ အကျိုးအမြတ်ရရှိမှုကို Obstetrix Medical Group of Dallas သို့ပေးချေခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ဤအကောင်အထည်တွင် ငွေမရှိတော့လျှင်လည်း ကောက်ခံငွေများ နှင့်/သို့မဟုတ် ရှေ့နေ၏ ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် ငွေရေးကြေးရေးအရ တာဝန်ရှိမည်ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်တို့၏ အာမခံကုမ္ပဏီမှလိုအပ်သော မူဝါဒသတ်မှတ်ပြဌာန်းခြင်းကိုလည်း ဖြည့်စွက်ပေးရန် သဘောတူပါသည်။

အထက်ပါအရာများအား ကျွန်ုပ်တို့နားလည်သည်ကို ကျွန်ုပ်တို့လက်မှတ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်မှ အတည်ပြုပါသည်။

လူနာ သို့မဟုတ် တာဝန်ရှိကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်

ရက်စွဲ

ရှင်းလင်းစွာရေးသားထားသည့် လူနာအမည်

ရှင်းလင်းစွာရေးသားထားသည့် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရ ကိုယ်စားလှယ်၏ အမည်



# ဓာတ်မှန်ရိုက်စစ်ဆေးခြင်းနှင့်ပတ်သက်သော အရေးကြီးအကြောင်းအရာများ

## ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းဆိုတာ ဘာလဲ။

ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းသည် ဆိုနာကိရိယာဖြင့် အသံလှိုင်းရှာဖွေခြင်းနှင့် လုပ်ဆောင်ပုံခြင်းတူပါသည်။ ဓာတ်မှန် စမ်းသပ်ကိရိယာအတံမှ အသံလှိုင်းများသည် (လူသားများကြားနိုင်သောအသံနှင့် များစွာဝေးကွာပါသည်) သားအိမ်၊ အချင်းနှင့် ကလေးကို ရိုက်ခတ်ပြီး ပြန်ကန်ထွက်လာသော ပွဲတင်သံများကို ကွန်ပျူတာမှ အသေးစိတ်ဓာတ်ပုံတစ်ပုံအဖြစ် ပြောင်းလဲပါသည်။ အဓိကအချက်ကတော့ ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းဟာ ကလေးနဲ့ မိခင်ရဲ့ တင်ပါးဆုံမှာရှိတဲ့ အင်္ဂါများ၏ ဓာတ်ပုံကို အဆက်လိုက်ရရှိခြင်းဖြစ်ပါသည်။

## ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းက အန္တရာယ်ကင်းရဲ့လား။

ရောဂါရှာဖွေတဲ့ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းရဲ့ အန္တရာယ်ကင်းမှုကို အကဲဖြတ်ခြင်းများစွာရှိပါတယ်။ ပုံမှန်ပါဝါနှင့် ကြိမ်နှုန်းကိုအသုံးပြုထားလျှင် ရောဂါရှာဖွေတဲ့ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းက မိခင် ဒါမှမဟုတ် ကလေးတစ်ဦးဦးကို အန္တရာယ်ဖြစ်စေတယ်လို့ အထောက်အထားပြထားတဲ့ သက်သေတော့မရှိပါဘူး။ ကျွန်ုပ်တို့ဆီမှာ ပြုလုပ်သော ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းအား ထင်သာမြင်သာရှိတဲ့ ဓာတ်ပုံတစ်ပုံရရှိလောက်ရုံလိုအပ်သော အနည်းဆုံးပါဝါကိုသာ အသုံးပြုပါသည်။

## သာမန် ဓာတ်မှန်ပုံရိပ်သည် ကျွန်ုပ်ကလေးမှာ မူမမှန်တဲ့လက္ခဏာ တစ်ခုမှမရှိဘူးဆိုသည်ကို ပြသနိုင်သလား။

ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းက မူမမှန်တဲ့လက္ခဏာများစွာကို ပြသနိုင်သော်လည်း အချို့သော မူမမှန်တဲ့လက္ခဏာတွေကို ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းနဲ့ မမြင်နိုင်ပါဘူး။ စစ်ဆေးခြင်းဟာ ကလေး၏ အရွယ်အစား၊ ပုံသဏ္ဍာန်နှင့် ကလေး၏ ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါများနှင့် ပတ်သတ်သောအကြောင်းများကိုပေးနိုင်ပြီး ကလေးဟာလုံးဝ "ကျန်းမာ" တဲ့ကလေးလို့ပြောလို့ရအောင် ကလေး၏ အင်္ဂါများရဲ့ လုပ်ဆောင်ချက်နှင့်ပတ်သက်သော အကြောင်းအရာအပြည့်အဝ မပေးနိုင်ပါဘူး။ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာဖွံ့ဖြိုးမှုနည်းခြင်းကဲ့သို့သော ဦးနှောက်လုပ်ငန်းစဉ် မူမမှန်ခြင်းများကို ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းဖြင့် မသိရှိနိုင်ပါ။ ထို့ပြင်၊ ဓာတ်မှန်ရိုက်ကူးချိန်တွင် ပုံမှန်ဟုထင်ရသော်လည်း ကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်ကြာမြင့်လာမှ ထင်ရှားလာသော အချိန်ကြာလာမှပေါ်လာသည့် အခြေအနေများလည်းရှိပါသည်။ ပြည့်စုံကောင်းမွန်တဲ့ ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းတစ်ခုနှင့်ပင် ရှိနေသော သန္ဓေသား မူမမှန်ခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်ကြာမြင့်လာမှ သို့မဟုတ် မွေးဖွားပြီးမှ ပေါ်လာတဲ့ မူမမှန်ခြင်းရှိသည်ကို သဘောပေါက်သင့်သည်။ ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းက အလွန်အထောက်အကူပြုသည့် ရောဂါစစ်ဆေးခြင်း ကိရိယာတစ်ခုဖြစ်သော်လည်း ကလေးဟာပုံမှန်ဖြစ်တယ်ဆိုတာကို အလုံးစုံသက်သေပြနိုင်သည်ဟု မယူဆသင့်ပါ။

## ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းက ဒီဇလိုက်သော မူမမှန်မှုများကို ဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်သလား။

ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းတွင် တွေ့ရှိရသည်များသည် ဖြစ်နိုင်ခြေရှိသောမျိုးရိုးဗီဇလိုက်သည့် မူမမှန်မှုများကို ညွှန်ပြနိုင်သော်လည်း တိကျခြင်းတော့မရှိပါ။ လက်ရှိအချိန်တွင် ကလေး၏ ခရိုမိုဇုမ်းများကို အတိအကျကြည့်နိုင်စေသည့်တစ်ခုတည်းသောနည်းလမ်းမှာ သန္ဓေသားအရည်အိတ်အတွင်းရှိ အရေများရယူကာ စမ်းသပ်ခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ဆောင်ချိန်အတွင်း ကလေးမျိုးရိုးဗီဇတွင် ရောဂါရှိမရှိ စစ်ဆေးခြင်း သို့မဟုတ် ကလေး၏သွေးအား နမူနာယူခြင်းဖြင့်သာ ကလေး၏ ဆဲလ်နမူနာကိုရယူခြင်းဖြင့် ပြုလုပ်နိုင်ခြင်းသာ ရှိပါသေးသည် မိခင်၏ အသက်အရွယ်၊ သွေးစစ်ခြင်းရလဒ်ကြောင့်ဖြစ်စေ ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းတွင် တွေ့ရှိချက်ကြောင့်ဖြစ်စေ အချို့သော ကိုယ်ဝန်များတွင် သန္ဓေသား ခရိုမိုဇုမ်း မူမမှန်မှုဖြစ်နိုင်ခြေရှိသည့်အလားအလာများ တိုးလာပါသည်။ ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းသည် ကလေး၏ ခရိုမိုဇုမ်းအရေအတွက်ဟာ ပုံမှန်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ပုံမှန်မဟုတ်သည်ကို အတိအကျပြောနိုင်ခြင်းမရှိသည်ကို သဘောပေါက်ရန် အရေးကြီးပါသည်။ ပုံမှန်ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းသည် ခရိုမိုဇုမ်းများ ပုံမှန်ဖြစ်သည်ကို အာမခံနိုင်ပါသည်။

ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သောမေးခွန်းများမေးရန်ရှိပါက ဓာတ်မှန်ရိုက် ပညာရှင်၊ သန္ဓေသားဗေဒဆိုင်ရာ ပညာရှင် သို့မဟုတ် သင်၏ဆရာဝန်ကို မေးရန်ဝန်မလေးပါနှင့်။ ဓာတ်မှန်ရိုက် စစ်ဆေးခြင်းမစမီ ဤပုံစံတွင်ပါဝင်သော အကြောင်းအရာများကို ဖတ်ရှုနားလည်ထားပြီးဖြစ်ကာ မေးခွန်းမေးမြန်းပိုင်ခွင့်ရှိသည်ကို အတည်ပြုရန် ဤစာရွက်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် တောင်းဆိုပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ်

ရက်စွဲ

ရှင်းလင်းစွာ ရေးသားထားသည့် အမည်

ရက်စွဲ



Today's Date ယနေ့ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

Patient Name လူနာအမည် \_\_\_\_\_ Date of Birth မွေးသက္ကရာဇ် \_\_\_\_\_

Social Security Number လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် \_\_\_\_\_

Are you currently Pregnant?  Yes/ရှိ  No/မရှိ What is your height? \_\_\_\_\_  
ယခု ကိုယ်ဝန်ရှိသလား။ သင်၏ အရပ်အမြင့်။

What was the first day of your last menstrual period? \_\_\_\_\_  
နောက်ဆုံး ရာသီစက်ဝန်း၏ ပထမနေ့။

What is your due date?: \_\_\_\_\_ What is your blood type?: \_\_\_\_\_  
မွေးဖွားမည့် သတ်မှတ်ရက် မွေးအမျိုးအစား

Have you had a sonogram / ultrasound during the current pregnancy?  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်  
လက်ရှိကိုယ်ဝန်အတွက် ဆိုနိုဂရမ်/ အယ်လ်ထရာဆောင်း ရိုက်ပြီးပါသလား

Do you wish to know the sex of the baby?  Yes/သိလို  No/မသိလို  
ကလေးသည် ယောက်ျားလေး၊ မိန်းကလေးဟု သိလိုပါသလား

Is this an IVF pregnancy? IVF ကိုယ်ဝန် ဟုတ်ပါသလား  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

Are there any problems with your current pregnancy?: \_\_\_\_\_  
လက်ရှိကိုယ်ဝန်တွင် ပြဿနာတစ်စုံတစ်ရာရှိပါသလား။

Prior Pregnancies: ယခင် ကိုယ်ဝန်များ

- \_\_\_\_\_ Number of total pregnancies / ကိုယ်ဝန်ဆောင်ကြိမ်စုစုပေါင်း
- \_\_\_\_\_ Number of pregnancies carried to full term / လစေ့အောင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခဲ့သော အရေအတွက်
- \_\_\_\_\_ Number of pregnancies delivered prematurely / လမစေ့ဘဲ မွေးဖွားခဲ့သော ကိုယ်ဝန်အရေအတွက်
- \_\_\_\_\_ Number of miscarriages / ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျမှု အရေအတွက်
- \_\_\_\_\_ Number of tubal / ectopic pregnancies / သားအိမ်ပြွန်ထဲတွင် / ပုံမှန်မဟုတ်သော ကိုယ်ဝန်ဆောင်ခဲ့သည့် အရေအတွက်
- \_\_\_\_\_ Number of abortions / ပျက်ကျခဲ့သော အရေအတွက်
- \_\_\_\_\_ Number of multiple births / အကြိမ်ကြိမ် မွေးဖွားခဲ့ရသော အရေအတွက်
- \_\_\_\_\_ Number of living children / အသက်ရှင်ခဲ့သော ကလေးအရေအတွက်

**Complete the table below for each pregnancy (living or deceased) start with your first pregnancy**

သားဦး ကိုယ်ဝန်မှစ၍ (ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ဖျက်ချခြင်းနှင့် သားလျော့ခြင်းတို့အပါအဝင်) ကိုယ်ဝန်ဆောင်ကာလ အသီးသီးတို့အတွက် အောက်ပါဇယားကွက်ကို ဖြည့်စွက်ပါ။

| Year<br>ခုနှစ် | Weeks (full term = 40 wks)<br>ရက်သတ္တပတ် | Labor Length<br>မီးဖွားမှု<br>ကြာမြင့်ချိန် | Birth Weight<br>မီးဖွားစ<br>ကလေး၏<br>ကိုယ်အလေးချိန် | Sex<br>ကျား/မ | Type of Delivery<br>(Vaginal / C-section)<br>ကလေးမွေးသည့်ပုံစံ (ရိုးရိုး<br>(သို့) ဝိုက်ခွဲမွေးခြင်း) | Type of Anesthesia<br>ထုံဆေး/မေ့ဆေး | Place of Birth<br>ကလေးမွေးသည့်နေရာ |
|----------------|--|---|---|---------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |
|                |  |   |   |               |   |                                     |                                    |

**How would you describe your ancestry (check all that apply):**

သင်၏မျိုးရိုးကို ဖော်ပြပါ (သက်ဆိုင်ရာအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ)

- White  
လူဖြူ
- French Canadian  
ပြင်သစ်ကနေဒါ
- Samoan  
ဆာမိုအာ
- Vietnamese  
ဗီယက်နမ်
- Asian-East Indian  
အရှေ့အာရှ အိန္ဒိယ
- African  
အာဖရိက
- Native American  
မူရင်း အမေရိကန်တိုင်းရင်းသား
- Chinese  
တရုတ်
- Laos  
လာအို
- Hawaiian  
ဟာဝိုင်းအီ
- Hispanic  
ဟစ်စပါနစ်
- Greek  
ဂရိ
- Cambodian  
ကမ္ဘောဒီးယား
- Taiwanese  
ထိုင်ဝမ်
- Guamanian  
ဂွာမာနီယမ်
- Ashkenazi Jewish  
အက်စ်ကန်နာဇီ ဂျူး
- Italian  
အီတလီ
- Filipino  
ဖိလစ်ပိုင်
- Korean  
ကိုရီးယား
- Middle Eastern  
အရှေ့အလယ်ပိုင်း
- Japanese  
ဂျပန်
- Other Southeast Asian  
အခြား အရှေ့တောင်အာရှနိုင်ငံသား
- Unknown Race  
မသိသောလူမျိုး
- Other \_\_\_\_\_  
အခြား

**How would you describe the ancestry of the father of this baby (check all that apply):**

ကလေးအဖ၏ မျိုးရိုးစဉ်ဆက်ကို မည်သို့ ဖော်ပြမည်နည်း။ (သက်ဆိုင်ရာအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ)

- White  
လူဖြူ
- French Canadian  
ပြင်သစ်ကနေဒါ
- Samoan  
ဆာမိုအာ
- Vietnamese  
ဗီယက်နမ်
- Asian-East Indian  
အရှေ့အာရှ အိန္ဒိယ
- African  
အာဖရိက
- Native American  
မူရင်း အမေရိကန်တိုင်းရင်းသား
- Chinese  
တရုတ်
- Laos  
လာအို
- Hawaiian  
ဟာဝိုင်းအီ
- Hispanic  
ဟစ်စပါနစ်
- Greek  
ဂရိ
- Cambodian  
ကမ္ဘောဒီးယား
- Taiwanese  
ထိုင်ဝမ်
- Guamanian  
ဂွာမာနီယမ်
- Ashkenazi Jewish  
အက်စ်ကန်နာဇီ ဂျူး
- Italian  
အီတလီ
- Filipino  
ဖိလစ်ပိုင်
- Korean  
ကိုရီးယား
- Middle Eastern  
အရှေ့အလယ်ပိုင်း
- Japanese  
ဂျပန်
- Other Southeast Asian  
အခြား အရှေ့တောင်အာရှနိုင်ငံသား
- Unknown Race  
မသိသောလူမျိုး
- Other \_\_\_\_\_  
အခြား

Are you and the father of this baby blood relatives (ex: cousins)?

Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

သင်နှင့် သင့်ကလေး၏ ဖခင်သည် သွေးရင်းချာ ဖြစ်ပါသလား (ဥပမာ မောင်နှမတစ်ဝမ်းကွဲ)

What is your occupation? သင့်အလုပ်အကိုင် \_\_\_\_\_

What is the name of the father of this baby? \_\_\_\_\_

ဤကလေး၏ ဖခင်အမည်ကို ဖော်ပြပါ။

What is the occupation of the father of this baby? \_\_\_\_\_

ကလေးဖခင်၏ အလုပ်အကိုင်

What is the age of the father of this baby? ကလေးဖခင်၏ အသက် \_\_\_\_\_

Is the father of this baby your partner? ဤကလေး၏ ဖခင်သည် သင်၏ အိမ်ထောင်ဖက် ဟုတ်ပါသလား  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

Comments / မှတ်ချက်များ-

\_\_\_\_\_

Have you had exposure to: အောက်ပါတို့နှင့် ထိတွေ့ခဲ့ပါသလား-

Cat litter  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

အညစ်အကြေးစွန့်သစ်

X-Rays  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

အိတ်ရေး

Chemicals  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

ဓာတုပစ္စည်းများ

Fever  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

အဖျား

Infections  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

ရောဂါကူးစက်မှု

Rashes  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ်

အနီအဖုများ ထိခြင်း

Do you smoke? ဆေးလိပ်သောက်သလား  Yes/ဟုတ်  No/မဟုတ် If yes, how much? သောက်လျှင် မည်မျှ သောက်သလဲ \_\_\_\_\_

Do you or have you taken any medications in the last year? ယခင်နှစ်က ဆေးဝါးတစ်မျိုးမျိုး သောက်သုံးခဲ့ပါသလား (သို့) ယခု သောက်သုံးနေပါသလား။

| Medications taken / သောက်သုံးသည့် ဆေးဝါးများ | Date taken / သောက်သုံးသည့်ရက်စွဲ |
|--|----------------------------------|
|  |                                  |
|  |                                  |
|  |                                  |
|  |                                  |
|  |                                  |



Do you, the father of this baby, or any close relatives have any of the following? If yes, please specify which relative:

သင်၊ ကလေး၏ဖခင် သို့မဟုတ် ဆွေမျိုးရင်းချာများထဲတွင် အောက်ပါတို့ရှိပါသလား။ ရှိလျှင် မည်သည့် ဆွေမျိုးများတွင်ရှိကြောင်း သတ်မှတ်ဖော်ပြပါ-

**Thalassemia (Greek, Mediterranean, or Asian Background) MCV <80**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

မွေးရာပါ သွေးအားနည်းရောဂါ (ဂရိ၊ မြေထဲပင်လယ် (သို့) အာရှတွင် နေထိုင်ဖူးသူ) MCV<80

**Neural Tube Defect (Meningomyelocele Spina Bifida, or Anencephaly)**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

မွေးရာပါ အာရုံကြောအားနည်းခြင်း (ကျောရိုးမ အာရုံကြောနှစ်ခုကွဲခြင်း သို့မဟုတ် ခေါင်းတွင်ရှိသော အဓိကအင်္ဂါများ မပါဝင်ခြင်း)

**Congenital Heart Defect / မွေးရာပါ နှလုံးရောဂါ**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Down Syndrome / မွေးရာပါ မျိုးရိုးဗီဇ ချို့ယွင်းခြင်း**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Tay-Sachs (Jewish, Cajun, French Canadian) / မျိုးရိုးလိုက်သော အာရုံကြောရောဂါ (ဂျူး၊ ကရုန်၊ ပြင်သစ် ကနေဒါ)**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Sickle Cell Disease or Trait (African) / ဆစ်ကယ်လ်ဆဲလ်ရောဂါ (သို့) ဗီဇလိုက်ရောဂါ (အာဖရိက)**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Hemophilia or Bleeding Problems / ဟီမိုဖီးလီးယား (သို့) သွေးထွက်လွန်သော ပြဿနာများ**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Muscular Dystrophy / ကြွက်သားအားနည်းရောဂါ**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Cystic Fibrosis / ဆစ်တဆစ် ဖိုင်ဘရောဆစ်ရောဂါ**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Canavan Disease / မျိုးရိုးဗီဇလိုက်သော အာရုံကြောချို့ယွင်းမှုရောဂါ**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Mental Retardation/Autism/Learning Disorder**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ဖွံ့ဖြိုးမှု နှောင့်နှေးခြင်း/အော်တစ်ဇင်/သင်ယူနိုင်စွမ်း မှတ်ဉာဏ် ခက်ခဲမှု

**If Yes; Tested for Fragile X? ရှိပါက Fragile X အား စစ်ဆေးထားသလား။**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Huntington Chorea / သက်ကြီးရွယ်အိုများတွင်ဖြစ်တတ်သော ဦးနှောက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းမှုနှင့် ပတ်သက်သည့် ဂဏာမငြိမ်မှုများ**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorder**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

အခြားသော မျိုးရိုးလိုက်သော ကစဉ့်ကလျားဖြစ်ခြင်း

**Maternal Metabolic Disorder (Insulin dependent diabetic, PKU)**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

မိခင်မျိုးရိုးနှင့်ဆိုင်သော ဇီဝရုပ်ဖြစ်ပျက်မှုဆိုင်ရာ ရောဂါ (အင်ဆူလင်ဟော်မုန်းပေါ်မူတည်သော ဆီးချိုရောဂါ)

**Patient of Baby's Father had a child with Birth Defects not listed.**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

ကလေးလူနာ၏ ဖခင်တွင် ဖော်ပြထားသည့် မွေးဖွားစဉ်က ချို့ယွင်းမှုများ ရှိခဲ့ပါသလား။

**Recurrent Pregnancy Loss or Stillbirth / ခဏခဏကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း သို့မဟုတ် သားလျှော့ခြင်း**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Blindness or Deafness / မျက်စိကန်းခြင်း သို့မဟုတ် နားကန်းခြင်း**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Bone or Skeletal Disorder (Dwarfism) / အရိုးနှင့်ကျောရိုးဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းခြင်း (လူကောင်သေးနပ်ခြင်း)**  Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Breast, Ovarian or Colon Cancer** / ရင်သား၊ သားဥအိမ်သို့မဟုတ် အူမကြီးကင်ဆာ

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Kidney Disorder** / ကျောက်ကပ်ချို့ယွင်းခြင်း

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Do either you or any parents, siblings, or children have diabetes**

သင် သို့မဟုတ် သင်မိဘ၊ ညီအစ်ကို၊ မောင်နှမ သို့မဟုတ် ကလေးများတွင် ဆီးချိုရောဂါ ရှိပါသလား

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Blood Clots, Stroke** / သွေးကြောပိတ်ခြင်း၊ လေသင်တန်းဖြတ်ခြင်း

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**Have you taken any medications other than Prenatal vitamins since becoming Pregnant?**

ကိုယ်ဝန်ရှိစဉ်ကတည်းက ဗီတာမင်အပြင် အခြားသောက်သုံးခဲ့သည့် ဆေးဝါးများရှိပါသလား။

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**If yes what type** / ရှိပါက အမျိုးအစားမှာ အဘယ်နည်း \_\_\_\_\_

**Have you used any street drugs since becoming pregnant**

ကိုယ်ဝန်ရှိစဉ်ကတည်းက ဆေးဆိုင်များတွင် (ဆရာဝန်၏ ဆေးအညွှန်းမပါဘဲ) အလွယ်တကူ ဝယ်ယူနိုင်သည့် ဆေးဝါးကို သောက်သုံးခဲ့သလား

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**If yes what type** / ရှိပါက အမျိုးအစားမှာ အဘယ်နည်း \_\_\_\_\_

**Have you consumed any alcoholic beverages since becoming pregnant**

ကိုယ်ဝန်ရှိစဉ်ကတည်းက အရက်ပါဝင်သော အဖျော်ယမကာတစ်မျိုးမျိုး သောက်သုံးခဲ့သလား

Yes/ရှိ  No/မရှိ

**If yes what type** / ရှိပါက အမျိုးအစားမှာ အဘယ်နည်း \_\_\_\_\_

**Any other not mentioned above** / အခြားဖျားနာမှုတစ်ခုခုရှိပါသလား

Yes/ရှိ  No/မရှိ

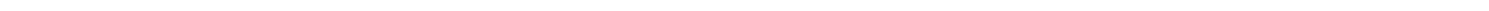
**Comments** / မှတ်ချက်များ- \_\_\_\_\_

**Are you allergic to any drugs? If so, please specify** \_\_\_\_\_

ဆေးတစ်မျိုးမျိုးနှင့် ဓာတ်မတည့်မှု ရှိပါသလား။ ရှိလျှင် ကျေးဇူးပြု၍ သတ်မှတ်ဖော်ပြပေးပါ

**Do you have any other known allergies?** \_\_\_\_\_

သင့်တွင် ဓာတ်မတည့်မှု တစ်ခုခု ရှိပါသလား



Do you have or have you had any of the following conditions / သင့်တွင် အောက်ပါအခြေအနေများမှတစ်ခုခုရှိသလား သို့မဟုတ် ရှိခဲ့သလား

|         |         |               |   |
|---------|---------|---------------|---|
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Unexplained Fever / အကြောင်းအကျိုးမဖော်ပြရန်ခက်ခဲသော ဖျားနာမှု  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Asthma / ပန်းနာ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Lung Problems / အဆုတ် ပြဿနာများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Heart Murmur / နှလုံးခုန်သံ မမှန်ခြင်း  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Heart Disease / နှလုံးရောဂါ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Other Heart Problems / အခြား နှလုံးနှင့်ပတ်သက်သော ပြဿနာများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | High Blood Pressure in Pregnancy / ကိုယ်ဝန်ဆောင်စဉ် သွေးတိုးခြင်း   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | High Blood Pressure, Other / သွေးတိုး၊ အခြား  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Liver Problems / အသည်း ပြဿနာများ  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Bladder or Kidney Infections / ဆီးအိမ် (သို့) ကျောက်ကပ် ပိုးဝင်ခြင်း  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Kidney Stones / ကျောက်ကပ် ကျောက်တည်ခြင်း  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Diabetes (High Blood Sugar) / သွေးချို (သွေးချို)   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Thyroid Problems / လည်ပင်းကြီးရောဂါများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Other Hormone Problems / အခြား ဟော်မုန်းနှင့်ဆိုင်သော ပြဿနာများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Epilepsy, Seizure Disorder / ဝက်ရှူးပြန်၊ တက်တက်သည့် ရောဂါ  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Migraine, Cluster Headaches / ခေါင်းတစ်ခြမ်းကိုက်ခြင်း  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Other Recurring Headaches / အခြား မကြာခဏခေါင်းကိုက်တတ်သည့် ရောဂါများ  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Depression / စိတ်ဓာတ်ကျခြင်း  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Panic Attack Disorder / ရုတ်တရက် တက်ခြင်း   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Psychiatric, Mental, Emotional Problems / စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Skin Problems / အရေပြား ပြဿနာများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Arthritis, Joint Pains / အဆစ်ရောင်နာ၊ အဆစ်အမြစ်ကိုက်ရောဂါ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Lupus / နာတာရှည်အနာ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Rheumatic Fever / လေးဘက်နာ  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Blood Transfusions / သွေးသွင်းကုသရောဂါ  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Bleeding Tendency / သွေးထွက်လွန်ရောဂါ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Blood Clots, Thrombophlebitis / သွေးကြောပိတ်ခြင်း၊ သွေးပြန်ကြောပိတ်ခြင်း  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Rh Sensitized / Rh ဟုခေါ်သော သွေးတစ်မျိုးကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသော ရောဂါများ  |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Any Known Allergies / သိထားသော ဓာတ်မတည့်မှုများ   |
| Yes/ရှိ | No/မရှိ | Unsure မသေချာ | Any Past Surgeries ( If yes, please list below)<br>ယခင်က ခွဲစိတ်ကုသမှုများရှိမရှိ (ရှိလျှင် အောက်တွင် ဖော်ပြပါ) |

**Past Surgeries / သင်ခံယူခဲ့သော ခွဲစိတ်ကုသမှုများ**

| Year / ခုနှစ် | Type of Surgery / ခွဲစိတ်မှု အမျိုးအစား | Type of Anesthesia / မေ့ဆေး အမျိုးအစား | Hospital/City ဝေးရုံ/မြို့ |
|---------------|---|--|----------------------------|
|               |   |  |                            |
|               |   |  |                            |
|               |   |  |                            |
|               |   |  |                            |
|               |   |  |                            |

**Reviewed by:** \_\_\_\_\_

ပြန်သုံးသပ်သူ **Provider Name / အချက်အလက်ပေးသူ၏ အမည်**

---