

၁။ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များ

ရှေ့နာမည်		မိသားစုနာမည်		လိင်အမျိုးအစား:	ကျား <input type="checkbox"/> မ <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/>
အသက်:	၀-၅ <input type="checkbox"/> ၆-၁၈ <input type="checkbox"/> ၁၉-၃၉ <input type="checkbox"/> ၄၀-၅၄ <input type="checkbox"/> ၅၅+ <input type="checkbox"/>	ဖုန်းနံပါတ်:			
လိပ်စာ:					

၂။ ရိုးရှင်းသောလှုပ်ရှားမှုနှင့်ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်စစ်ဆေးခြင်း။

အောက်ပါမေးခွန်းများကို မေးပါ။			
မလှုပ်ရှားနိုင်ခြင်း	လွန်ခဲ့သည့် သုံးလအတွင်း သင်၏ လှုပ်ရှားနိုင်မှု များစွာလျော့ကျသွားပါသလား။	မှန် <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးဌာနသို့လွှဲပြောင်းရန်	မှား <input type="checkbox"/>
ကလေးများ၏ လှုပ်ရှားသွားလာခြင်း	၂ နှစ်နှင့် အထက်ကလေးကလမ်းမလျှောက်နိုင်ဘူးလား။	မှန် <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ပြန်လည်သန်စွမ်းရေးဌာနသို့လွှဲပြောင်းရန်	မှား <input type="checkbox"/>
လဲကျနိုင်သော အန္တရာယ်	လဲကျမှုကို စိုးရိမ်နေသလား။ (သို့) လွန်ခဲ့တဲ့ တစ်နှစ်အတွင်းတစ်ကြိမ်ထက် ပို၍လဲကျဖူးပါသလား။	မှန် <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ပြန်လည်သန်စွမ်းရေးဌာနသို့လွှဲပြောင်းရန် → အကူပစ္စည်းထောက်ပံ့ရန်	မှား <input type="checkbox"/>
ဖိအားကြောင့် ဖြစ်သောဒဏ်ရာ	သင်၏ခန္ဓာကိုယ်တွင်ဖိအားကြောင့်ဖြစ်သောဒဏ်ရာရှိပါသလား (ဥပမာ-တင်ပဆုံ၊ တင်ပါး၊ နောက်ကြော)	မှန် <input type="checkbox"/> → ဒဏ်ရာပေါ်တွင် ဖိအားမကျအောင် ရှောင်ကျဉ်ရန်အကြံပေးပါ။ <input checked="" type="checkbox"/> ဒဏ်ရာကိုကုသရန် ကျန်းမာရေးဌာနသို့လွှဲပြောင်းပါ	မှား <input type="checkbox"/>
ခြေဖဝါးအနာဖြစ်နိုင်ချေရှိခြင်း	သင့်တွင်ရှိခဲ့ဖူးပါသလား။	ခြေဖဝါးအနာ <input type="checkbox"/> ခြေလက်ပြတ်ခြင်း <input type="checkbox"/>	
	သင့်တွင်ရှိပါသလား။	ခြေဖဝါးအနာထိခိုက်ခြင်း၊ ရောင်ရမ်းခြင်း <input type="checkbox"/> ဆီးချိုသွေးချို <input type="checkbox"/> အနာကြီးရောဂါ <input type="checkbox"/> နှလုံး(သို့)ကျောက်ကပ်ရောဂါ <input type="checkbox"/>	တခုခုရှိလျှင် → ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ကုသရန်ဆိုတာကို စစ်ပါ။ မဟုတ်လျှင် <input checked="" type="checkbox"/> လွှဲပြောင်းပါ
	သင်လုပ်ဆောင်ပါသလား	ဆေးလိပ် သောက်ခြင်း <input type="checkbox"/> အရက်များစွာ သောက်ခြင်း <input type="checkbox"/> ရံဖန်ရံခါဖိနပ်မစီးပဲလမ်းလျှောက်ခြင်း <input type="checkbox"/>	တခုခုရှိလျှင် → အောက်ရှိ ခြေဖဝါးစစ်ဆေးခြင်းကို ပြီးအောင်ဖြည့်ပါ

၃။ ခြေဖဝါးစစ်ဆေးခြင်း (လူတစ်ဦးမှ ခြေဖဝါးအနာဖြစ်နိုင်ချေရှိသော မေးခွန်းများအတွက် ဟုတ်သည် ဟုဖြေပါက ဖြည့်စွက်ပါ။)

ခြေဖဝါးထိပ်၊ အောက်ခြေနှင့် ခြေချောင်းများကြားကိုအနီးကပ်ကြည့်ပါ။		
အရင်ကရှိခဲ့ဖူးပါသလား	ခြေဖဝါးအနာ <input type="checkbox"/> ခြေချောင်း၊ ခြေဖဝါး(သို့) ခြေထောက်ဖြတ်ထားခြင်း <input type="checkbox"/>	တခုခုရှိလျှင် → မြင့်မားသော အန္တရာယ်လက္ခဏာ <input type="checkbox"/>
ယခုရှိနေပါသလား	ခြေချောင်း၊ ခြေဖဝါး(သို့) ခြေထောက်အနာ(သို့) ထိခိုက်ဒဏ်ရာ <input type="checkbox"/>	
ခြေဖဝါး တစ်ဖက် ဖက်တွင်	နီလား <input type="checkbox"/> ထိရင်ပူလား <input type="checkbox"/> ရောင်လား <input type="checkbox"/>	

တခုခုမြင်နိုင်သလား	အရေပြား/ခြေသည်းလက်သည်းပြဿနာ <input type="checkbox"/> ခြေဖဝါးနှင့်ခြေချောင်း၏ပုံမှန်မဟုတ်သောပုံစံ <input type="checkbox"/>	→ အန္တရာယ်ရှိသောလက္ခဏာ <input type="checkbox"/>
သွေးလည်ပတ်မှုစစ်ဆေးခြင်း		
သွေးလည်ပတ်မှုလျော့နည်းခြင်း ၏ လက္ခဏာများကို သင်မြင်နိုင်ပါသလား။	ခြေချင်းဝတ်(သို့)ခြေဖဝါးရောင်ရမ်းခြင်း <input type="checkbox"/> ခြေဖဝါးနှင့်ခြေချောင်းတို့တွင် အမွှေးမရှိတော့ခြင်း <input type="checkbox"/> အေးခြင်း(သို့)ဖြူဖျော့နေသောခြေဖဝါး <input type="checkbox"/>	တခုခုရှိလျှင် → အန္တရာယ်ရှိသော လက္ခဏာ <input type="checkbox"/>
မေးပါ- ခြေသလုံးအနောက်ဘက် တွင်နာတယ်လို့ခံစားရပါသလား။	ညတွင် <input type="checkbox"/> မီတာ ၂၀၀အောက်လမ်းလျှောက်စဉ် <input type="checkbox"/>	
သွေးခုန်နှုန်းစမ်းခြင်း	ဘယ်ခြေ: ထိပ် <input type="checkbox"/> ခြေချင်းဝတ် <input type="checkbox"/> ညာခြေ: ထိပ် <input type="checkbox"/> ခြေချင်းဝတ် <input type="checkbox"/>	သွေးခုန်နှုန်းမရှိ → အန္တရာယ်ရှိသော လက္ခဏာ <input type="checkbox"/>
သွေးပြန်လည်စီးဆင်းမှုစမ်းသပ်ခြင်း: ခြေမကိုအဆုံးထိရောက်အောင်ဖိ၍ဆွဲပါ။သွေးပြန်ပြည့်သည့်အချိန် ပုံမှန်အရောင်ပြန်ရောက်သည်အထိ စက္ကန့်ဖြင့်တိုင်းပါ။	သွေးပြန်ပြည့်ချိန် ၃စက္ကန့် အထက် <input type="checkbox"/>	→ အန္တရာယ်ရှိသော လက္ခဏာ <input type="checkbox"/>
အာရုံခံစားမှုစစ်ဆေးခြင်း		
မေးပါ- သင့်တွင်ပုံမှန်မဟုတ်သော နာကျင်မှု (သို့) ခံစားချက်ရှိပါသလား။	မှန် <input type="checkbox"/>	→ အန္တရာယ်ရှိသော လက္ခဏာ <input type="checkbox"/>
ခံစားမှုစစ်ဆေးခြင်း- ခြေချောင်းနံပါတ် ၁၃၅ ၏ထိပ်ကိုမျက်လုံးမှိတ်၍ ထိကြည့်ပါ။တခုပြီးလျှင် အခြားခြေချောင်းကို ထိကြည့်ပါ။ ခံစားချက်ရှိပါကအမှန်(✓) ခံစားချက်မရှိပါကအမှား(x)		၂ချောင်းအထက်ပို၍ ခံစားချက် မရှိလျှင် → အန္တရာယ်ရှိသော လက္ခဏာ <input type="checkbox"/>

ခြေဖဝါးအနာဖြစ်နိုင်ခြေရှိခြင်းအကျဉ်းချုပ် (ဖြစ်နိုင်ခြေရှိခြင်းနှင့်ဖြစ်နိုင်ခြေမြင့်မားသော အချက်များကိုရေတွက်၍မှတ်သားပါ)			
ဖြစ်နိုင်ခြေရှိခြင်းအရေအတွက်		ခြေဖဝါးအနာဖြစ်နိုင် ခြေများသောအဆင့်	
ဖြစ်နိုင်ခြေရှိခြင်း	ဖြစ်နိုင်ခြေ မြင့်မားခြင်း		
၀ သို့မဟုတ် ၁ <input type="checkbox"/>	၀ <input type="checkbox"/>	နည်း	→ သင့်တော်သောဖိနပ်များ အကြောင်းသင်ပေးပါ → ခြေထောက်ကိုမည်သို့ ဂရုစိုက်ရမည်ကိုသင်ပေးပါ
၂ <input type="checkbox"/>	၀ <input type="checkbox"/>	လယ်	→ ခြေထောက်ကိုမည်သို့ ဂရုစိုက်ရမည်ကိုသင်ပေးပါ

၃+ <input type="checkbox"/>	၁ <input type="checkbox"/>	များ	→ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဌာန ☞ (သို့) ခြေဖဝါးအနာကုသမှုဆေးခန်း သို့လွှဲပြောင်းပါ
-----------------------------	----------------------------	------	--

၄။ သွားလာလှုပ်ရှားမှုအထောက်အကူပြုပစ္စည်းများအတွက် ရိုးရှင်းသောစစ်ဆေးခြင်းမေးခွန်းများ

လမ်းလျှောက်အကူပစ္စည်း (သို့) ဘီးတပ်ကုလားထိုင်		
မတ်တပ်ရပ်/ လမ်းလျှောက်နိုင်ပါသလား	အခက်အခဲမရှိပါ <input type="checkbox"/>	ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ရန်မလိုအပ်ပါ
	အကူပစ္စည်းနှင့် <input type="checkbox"/> အကွာအဝေးအနည်း ငယ်သာသွားနိုင်ပါတယ် <input type="checkbox"/> ခြေတစ်ဖက်တည်းနှင့် <input type="checkbox"/>	ရှိလျှင် → လမ်းလျှောက်အကူပစ္စည်း အသုံးပြုရန် စစ်ဆေးပြီး ဆွေးနွေးပါ ☞ တပ်ကုလားထိုင်အသုံးပြုရန်စမ်းသပ်စစ်ဆေးရန်အတွက် လွှဲပြောင်းပါ
	လုံးဝလမ်းမလျှောက်နိုင်ပါ <input type="checkbox"/>	☞ တပ်ကုလားထိုင်အသုံးပြုရန်စမ်းသပ်စစ်ဆေးရန်အတွက် လွှဲပြောင်းပါ
ရွေ့လျားနိုင်သောဆင်ခြေလျှော (လေးချောင်းထောက်၊ ဘီးငှာဘီးပါသောလမ်းလျှောက်လက်ကိုင်တွန်းလှည်းနှင့် ဘီးတပ်ကုလားထိုင် အသုံးပြုမည့်သူများအတွက်သာ)		
လှေကားအတက်အဆင်းပြုလုပ်ရန် (သို့) မော်တော်ယာဉ်အတက်အဆင်း ပြုလုပ်ရန်လိုအပ်ပါသလား။		လိုအပ်ပါတယ် <input type="checkbox"/> → ရွေ့လျားနိုင်သောဆင်ခြေလျှောကို အသုံးပြုနိုင်ပါတယ် မလိုအပ်ပါ <input type="checkbox"/>
ဆုပ်ကိုင်ရန်လက်ရမ်း၊ ဘား (ဥပမာ အိပ်ခန်း၊ သန့်စင်ခန်း၊ ရေချိုးခန်း (သို့) လှေကားထစ်များတွင်)		
သင်၏အိမ်အတွင်းအိပ်ယာတွင် ဟန်ချက်ညီခြင်း၊ ထိုင်ခြင်း၊ ထခြင်းနှင့် ရွေ့လျားသွားလာခြင်းတို့အတွက်အခက်အခဲရှိပါသလား။		ရှိပါတယ် <input type="checkbox"/> → ဆုပ်ကိုင်ရန်လက်ရမ်းဘားကိုအသုံးပြုနိုင်ပါတယ် မရှိပါ <input type="checkbox"/>
လူနာရွှေ့ပြောင်းရာတွင်အသုံးပြုသောဘုတ်ပြားများ (ဥပမာ အိပ်ယာ၊ သန့်စင်ခန်း၊ ဆိုဖာ (သို့) ယာဉ်များအပေါ်သွားလာရန်)		
သင့်ခန္ဓာကိုယ်ကိုတစ်နေရာမှတစ်နေရာသို့ရွေ့လျားရန်အခက်အခဲရှိပါသလား။		ရှိပါတယ် <input type="checkbox"/> → လူနာရွှေ့ပြောင်းရာတွင် အသုံးပြုသော ဘုတ်ပြားများအသုံးပြုနိုင်ပါတယ် မရှိပါ <input type="checkbox"/>
ခြေဖဝါးအတု (သို့) ခြေတု(ခြေဖဝါး (သို့) ခြေထောက်ဖြတ်ထားသူများအတွက်)		
ခြေတုအသုံးပြုပါသလား။		အသုံးပြုပါတယ် <input type="checkbox"/> → ခြေတုကိုစစ်ဆေးပါ ☞ လိုအပ်ပါက ခြေတုဝန်ဆောင်မှုသို့ လွှဲပြောင်းပါ

	အသုံးမပြုပါ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ခြေတုဝန်ဆောင်မှုသို့လွှဲပြောင်းရန်လိုအပ်ပါကဆွေးနွေးပါ
--	---

၅။ အခြားအထောက်အကူပြုပစ္စည်းများ

သင့်တွင်အခက်အခဲများရှိလျှင်	အမြင်အာရုံ <input type="checkbox"/> အကြားအာရုံ <input type="checkbox"/> မိမိကိုယ်ကိုပြုစုစောင့်ရှောက်ခြင်း <input type="checkbox"/> ဆက်သွယ်ပြောဆိုခြင်း <input type="checkbox"/> အသိဉာဏ်(စဉ်းစားခြင်း / မှတ်မိခြင်း) <input type="checkbox"/>	ရှိလျှင် အခြားအထောက်အကူပြုပစ္စည်းများနှင့် (သို့) <input checked="" type="checkbox"/> လိုအပ်ပါကအခြားဝန်ဆောင်မှု လုပ်ငန်းများထံသို့လွှဲပြောင်းပါ။
------------------------------------	--	---

၆။ စီစဉ်ခြင်း

စစ်ဆေးရန်	အမြင်အာရုံ <input type="checkbox"/> အကြားအာရုံ <input type="checkbox"/> မိမိကိုယ်ကိုစောင့်ရှောက်ခြင်း <input type="checkbox"/> ဆက်သွယ်ပြောဆိုခြင်း <input type="checkbox"/> အသိဉာဏ် <input type="checkbox"/>	
အကဲဖြတ်ပါ	လမ်းလျှောက်အကူပစ္စည်းများ <input type="checkbox"/> ရွေ့လျားနိုင်သောဆင်ခြေလျှော <input type="checkbox"/> အိမ်အတွင်းရှိဆုပ်ကိုင်ရန်လက်ရမ်းဘား <input type="checkbox"/> လူနာရွှေ့ပြောင်းရာတွင်အသုံးပြုသောဘုတ်ပြားများ <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးအထောက်အကူပြုဖိနပ် <input type="checkbox"/>	
သင်ကြားပေးပါ	ခြေထောက်ကိုဂရုစိုက်ရန် <input type="checkbox"/> သင့်လျော်သောဖိနပ်များဝတ်ရန် <input type="checkbox"/>	
အခြားဝန်ဆောင်မှုများ သို့လွှဲပြောင်းပါ	ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု <input type="checkbox"/> ထိခိုက်ဒဏ်ရာစောင့်ရှောက်မှု <input type="checkbox"/> ပြန်လည်သန်စွမ်းရေး <input type="checkbox"/> ဘီးတပ်ကုလားထိုင်များ <input type="checkbox"/> ဆီးချိုကုသမှု ခြေဖဝါးအနာကုသမှု <input type="checkbox"/> ခြေတုသုံးသပ်ရန် (သို့) စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်း <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> _____	
ရက်ချိန်းလာပြရန်	၁ - ၃ လ <input type="checkbox"/> ၆ လ <input type="checkbox"/> ၁၂ လ <input type="checkbox"/>	ရက်ချိန်း လာပြသည့်နေ့ <input type="checkbox"/>

လွှဲပြောင်းရသည့်အကြောင်းအရင်း ဤတွင်ရေးပါ _____