

ပုဂ္ဂလိက အထွေထွေရောဂါကု ဆေးခန်းလုပ်ငန်း

၁။ လျှောက်ထားသူ အမည် _____

၂။ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

၃။ ဆေးခန်းအမည် (ရှိပါကဖော်ပြရန်) _____

၄။ ဆေးခန်း တည်ရှိရာ လိပ်စာ _____

၅။ ဆေးခန်းတည်ရှိရာမြေနေရာ အကျယ်အဝန်း (အလျား၊ အနံ) (ပေ/ဧကတို့ဖြင့်ဖော်ပြရန်) _____

၆။ ဆေးခန်း အကျယ်အဝန်း (အလျား၊ အနံ၊ အမြင့်) (ပေဖြင့်ဖော်ပြရန်) _____

၇။ ဆေးခန်းရှိအမန်းများဖွဲ့စည်းထားရှိမှုနှင့်အကျယ်အဝန်းပုံစံ (သီးခြားစာရွက်ဖြင့်ပူးတွဲဖော်ပြရန်)

၈။ ဆေးခန်း၏လက်ရှိပြင်ဆင်ထားရှိမှုဝါတ်ပုံ (အရှေ့၊ ဘေး၊ အတွင်းဘက်) _____

၉။ ဆေးမှတ်တမ်းအတွက် စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ _____

၁၀။ သောက်ရေ၊ သုံးရေ အရင်းအမြစ် (အဝီစိရေ၊ မြို့ရေပေးရေး စသည်ဖြင့်) _____

၁၁။ ရေလုံလောက်မှု ရှိ/မရှိ (တစ်နေ့ ပျမ်းမျှရရှိနိုင်သည့် ရေပမာဏ ဂါလံ) _____

၁၂။ မိလ္လာ စွန့်ပစ်မှုစနစ် (ရေလောင်းအိမ်သာ၊ ကျင်းအိမ်သာ) _____

၁၃။ လျှပ်စစ်မီး (၂၄) နာရီ ရရှိခြင်း ရှိ/မရှိ (စီစဉ်ဆောင်ရွက်ထားရှိမှု) _____

၁၄။ စွန့်ပစ်ပစ္စည်းများ အစီအစဉ် ရှိ/မရှိ (စီစဉ်ဆောင်ရွက်ထားရှိမှု) _____

၁၅။ လူနာများအတွက် စီစဉ်ထားရှိမှု		
(က) လူနာလက်ခံသည့် နေရာ (Reception area)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ခ) လူနာများ စောင့်ရန်နေရာ (Waiting area)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဂ) လူနာစမ်းသပ်ခန်း (Examination room)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ဃ) ဆေးထိုး၊ ဆေးပေးခန်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၁၆။ လူနာညွှန်းပို့စနစ်အတွက် စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ရှိက လွှဲပြောင်းပုံစံပူးတွဲတင်ပြရန်)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၁၇။ အခြား ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်းများ တွဲဘက်ထားရှိခြင်း ရှိ/မရှိ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ရှိက သီးခြားလျှောက်ထားရန်)		
၁၈။ ဆေးနှင့် ဆေးပစ္စည်းများ ထားသို့မူအစီအစဉ်(ဝါတ်ပုံနှင့်တကွတင်ပြရန်) _____		

၁၉။ အရေးပေါ်ဆေးဝါးများ စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ _____

၂၀။ လိုင်စင်ကြေးပေးသွင်းထားသည့် ချလံအမှတ် / ရက်စွဲ _____

၂၁။ အဆောက်အဦအတွက် စည်ပင်သာယာရေးကော်မတီ ၊ အဖွဲ့၏ ထောက်ခံချက် ရှိ/မရှိ _____
(ရှိပါကပူးတွဲတင်ပြရန်)

၂၂။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် ရရှိထားခြင်း ရှိ/မရှိ _____
(ရှိပါကပူးတွဲတင်ပြရန်)

၂၃။ ယခင်က ဖွင့်လှစ်ခဲ့ခြင်း ရှိ/မရှိ ၊ ရှိခဲ့ပါက _____
ဖွင့်လှစ်ခဲ့သည့် လ/ခုနှစ် _____
ခွင့်ပြုခဲ့သည့် အဖွဲ့အစည်း ၊ အထောက်အထား _____
သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည့်ရက် _____

၂၄။ မီးဘေးအန္တရာယ် အတွက် ကြိုတင်စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ _____
(ရှိပါက ကြိုတင်ဆောင်ရွက်ထားသည့် အစီအစဉ် တင်ပြရန်) _____

၂၅။ ဝစွည်းများပိုးသတ်သည့်စနစ် (sterilization system) ရှိ/မရှိ _____

၂၆။ ဆေးခန်းတွင် တာဝန်ယူမည့် ဝန်ထမ်းများ _____
(က) ဆေးခန်းတာဝန်ခံ ပုဂ္ဂိုလ် အမည် _____

- (ခ) ဆေးရုံအုပ်အမည် _____
- (ဂ) အထူးကုဆရာဝန်များ () ဦးရေ
- (ဃ) လက်ထောက်ဆရာဝန်များ () ဦးရေ
- (င) သူနာပြု/သားဖွားများ () ဦးရေ
- (စ) ဆေးဝါးကျွမ်းကျင်သူများ () ဦးရေ

(တစ်ဦးချင်း၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များကို *ကိုယ်ရေးအချက်အလက်ပုံစံ* ဖြင့် ဖြည့်စွက်ဖော်ပြရန် ဖြစ်ပါသည်။)

၂၇။ အခြားဖော်ပြလိုသည့် အချက်အလက်များရှိပါက ဖော်ပြရန် _____

လိုင်စင်လျှောက်ထားသူ လက်မှတ် _____
အမည် _____
ဆက်သွယ်ရန် ဣယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____