

ပုဂ္ဂလိက အထူးကု ဆေးခန်းလုပ်ငန်း

၁။ လျှောက်ထားသူအမည် _____

၂။ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

၃။ ဆေးခန်းအမည် (ရှိကဖော်ပြရန်) _____

၄။ ဆေးခန်း တည်ရှိရာ လိပ်စာ _____

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

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

၇။ ဆေးခန်းရှိအခန်းများဖွဲ့စည်းထားရှိမှုနှင့်အကျယ်အဝန်းပုံစံ (သီးခြားစာရွက်ဖြင့်ပူးတွဲဖော်ပြရန်)

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

၉။ ကုသပေးသည့် အထူးကုဘာသာရပ်များ

(က) _____

(ခ) _____

(ဂ) _____

(ဃ) _____

(င) _____

(စ) _____

(ဆ) _____

၁၀။ ဆေးမှတ်တမ်းအတွက် စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ _____

၁၀။ သောက်ရေး၊ သုံးရေး အရင်းအမြစ် (အဝီစိရေး၊ မြို့ရေ၊ ရေယေးရေး စသည်ဖြင့်) _____

၁၀။ ရေလုံလောက်မှု ရှိ / မရှိ (တနေ့ ပျမ်းမျှရရှိနိုင်သည့် ရေပမာဏ ဂါလံ) _____

၁၂။ မိလ္လာ စွန့်ပစ်မှု စနစ် (ရေလောင်း အိမ်သာ၊ ကျင်းအိမ်သာ) _____

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

၁၄။ စွန့်ပစ်ပစ္စည်းများ အစီအစဉ် ရှိ/မရှိ (ဥပမာ- မီးရှို့စက်၊ စည်ပင်နှင့်ဆောင်ရွက်မှု၊ အခြား) _____

ဝဂက ပုံစံ (ခ)

၁၅။ လူနာများအတွက် စီစဉ်ထားရှိမှု

(က) လူနာလက်ခံသည့် နေရာ (Reception area)

(ခ) လူနာများ စောင့်ရန်နေရာ (Waiting area)

(ဂ) လူနာစမ်းသပ်ခန်း (Examination room)

(ဃ) ဆေးထိုး၊ ဆေးပေးခန်း

ရှိ	မရှိ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

၁၆။ လူနာညွှန်းပို့ စနစ်အတွက် စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ

(ရှိက လွှဲပြောင်းပုံစံဖွဲ့စည်းတင်ပြရန်)

၁၇။ အခြား ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်းများ တွဲဘက်ထားရှိခြင်း ရှိ / မရှိ _____ (ရှိက သီးခြားလျှောက်ထားရန်)

၁၈။ ဆေးနှင့်ဆေးပစ္စည်းများ ထားသို့အာစီအစဉ်(ခါတ်ပုံနှင့်တကွတင်ပြရန်) _____

၁၉။ လိုင်စင်ကြေးပေးသွင်းထားသည့် ချလံအမှတ် / ရက်စွဲ _____

၂၀။ အဆောက်အဦအတွက် စည်ပင်သာယာရေးကော်မတီ၊ အဖွဲ့၏ ထောက်ခံချက် ရှိ/မရှိ _____

(ရှိပါကဖွဲ့တင်ပြရန်)

၂၁။ ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက် ရရှိထားခြင်း ရှိ / မရှိ _____ (ရှိပါကဖွဲ့တင်ပြရန်)

၂၂။ ယခင်က ဖွင့်လှစ်ခဲ့ခြင်း ရှိ / မရှိ၊ ရှိခဲ့ပါက _____

ဖွင့်လှစ်ခဲ့သည့် လ / ခုနှစ် _____

ခွင့်ပြုခဲ့သည့် အဖွဲ့အစည်း၊ အထောက်အထား _____

သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည့်ရက် _____

၂၃။ မီးဘေးအန္တရာယ် အတွက် ကြိုတင်စီစဉ်ထားရှိမှု ရှိ/မရှိ _____

(ရှိပါက ကြိုတင်ဆောင်ရွက်ထားသည့်အစီအစဉ်ကင်ပြရန်) _____

၂၄။ ပစ္စည်းများပိုးသတ်သည့်စနစ် (sterilization System) ရှိ/မရှိ _____

၂၅။ 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" မြင့် ဖြည့်စွက်ဖော်ပြရန်

ဖြစ်ပါသည်။)

၂၆။ အခြားဖော်ပြလိုသည်အချက်များရှိက ဖော်ပြရန် _____

လိုင်စင်လျှောက်ထားသူလက်မှတ် _____

အမည် _____

ဆက်သွယ်ရန်တယ်လီဖုန်းနံပါတ် _____