

လုပ်ငန်းခွင်ထိခိုက်မှုနှစ်နာကြေးအာမခံ

ဆေးကုသစရိတ်ခံစားခွင့်အပါအဝင် နားရက်ခံစားခွင့်(ကနဦးအပိုင်း) လျှောက်ထားစာ(တောင်းခံစာ)

※ မေးထားသည့် အကွက်များအားလုံးအား ဖြည့်စွက်၍ ကိုက်ညီသောအကွက်တွင် [✓] လုပ်ပြီးဖြည့်စွက်ပေးပါရန်. (ရှေ့စာမျက်နှာ)

လျှောက်လွှာနံပါတ်		လျှောက်ထားရက်		ကြာရက် : ၇ ရက်
အမည် (နိုင်ငံခြားသားဖြစ်ပါက နိုင်ငံခြားသားကဒ်တွင်ပါရှိသော အမည်အတိုင်း အင်္ဂလိပ်စာလုံးအက္ခရာဖြင့်)		နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်နံပါတ် (နိုင်ငံခြားသားကဒ်မှတ်ပုံတင်နံပါတ်)		
ထိခိုက်သူ	လိပ်စာ :			လက်ကိုင်ဖုန်းနံပါတ်: ဖုန်းနံပါတ်:
	ထိခိုက်မှုဖြစ်ပွားနေရက်	နှစ်။	လ။	ရက်။
	အလုပ်တာဝန်ထောင် ထမ်းဆောင်သောရက်စွဲ:	နှစ်	လ	ရက်
	အလုပ်တာဝန်ခန့်အပ်ရက်စွဲ:	နှစ်	လ	ရက်
	အလုပ်ရာထူး:	□ ပုံမှန် □ ယာယီ □ နေ့စား		အလုပ်အမျိုးအစားပုံစံ: □ တရားဝင် □ ယာယီလုပ်သား
အာမခံထားသူနှင့် တော်စပ်ပုံ:	<input type="checkbox"/> လက်ရှိလုပ်ငန်းရှင် □ တဆင့်ခံကန်ထရိုက်တာ □ လုပ်ငန်းအတူလုပ်သူ □ အိမ်ထောင်ဖက် □ မိဘ □ သားသမီး □ ညီအကိုမောင်နှမ <input type="checkbox"/> အခြားတော်စပ်ပုံ () □ တရားမတိုင်မီမှန်			

လျှောက်ထားသည့်အမျိုးအစား: ကနဦးဆေးကုသမှု ထပ်မံဆေးကုသမှု အဆင့်မြင့်ကုသမှု ထပ်ပေါင်းကုသမှု အရော့ဆေးကုသမှု

※ ကနဦးဆေးကုသမှု၊ ထပ်မံဆေးကုသမှုအားလျှောက်ထားလိုပါက နားရက်ခံစားခွင့် (ကျောဘက်ခြမ်းစာမျက်နှာ)အား တပ်တည်းတောင်းခံလျှောက်ထားနိုင်ပါသည်

လုပ်ငန်းခွင် စက်ရုံ အမှတ် (လုပ်ငန်းစတင်သည့်အမှတ်:)

ထိခိုက်မှုဖြစ်ပွားစေသောအကြောင်းအရာအပါအဝင် ဖြစ်ပွားခဲ့သောအခြေအနေ (စာရွက်အပိုထည့်နိုင်)

① အထက်ပါထိခိုက်မှုနှင့် ပတ်သက်၍ မူးယစ်သောက်စားခြင်း၊ မူးယစ်ဗိဇ္ဇာကားမောင်းခြင်းကြောင့် အစိုးရရုံးတွင်တိုင်ကြား(အစီရင်ခံ) ခံရမှုခြင်း ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

② အထက်ပါထိခိုက်မှုနှင့်စပ်လျဉ်းပြီး 119 အပါအဝင် အသတ်တရားတွင် ကယ်ဆယ်ရေးနှင့် အရေးပေါ်ကူညီရေးအဖွဲ့ဝင်အဖြစ် ဆောင်ရွက်ခဲ့ခြင်း၊ ဘေးအန္တရာယ်သတိပေး (အစီရင်ခံ) ခံခဲ့ရခြင်းဖြစ်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

③ အထက်ပါထိခိုက်မှုနှင့်စပ်လျဉ်း၍ ရဲစခန်းတွင် မတော်တဆမှု (ဖြစ်ရပ်) အား တိုင်ကြားခဲ့ခြင်း အမှန် ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

※ ထိခိုက်မှုစစ်ဆေးခြင်းစသည် အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို ဖြစ်ရပ်မှန်နှင့် ကိုက်ညီစွာဖြည့်စွက်ပြီး အာမခံခံစားခွင့်ကို ခံစားလက်ခံသည့်အခြေအနေတွင် လုပ်ငန်းထိခိုက်မှုအာမခံဥပဒေ အပိုဒ် ၈၄ အရ မလျော်ကန်စွာလက်ခံခြင်းသဘောတူညီချက်အရ မလိုလားအပ်သောအကျိုးဆက်ကိုလက်ခံရရှိလာနိုင်ပါသည်။ အမှန်အတိုင်း တိတိကျကျ ဖြည့်စွက်ရပါမည်။

※ ရေးသားပုံစံ : မည်သည့်နေရာ(နေရာအတိအကျ)၊ မည်သည့်အရာကိုလုပ်ရန်အတွက်(အလုပ်အကြောင်းအရာ၊ ရည်ရွယ်ချက်)၊ မည်သည့်အရာကိုသုံးပြီး(အလုပ်ကိရိယာ၊ ကိုင်တွယ်သည့်ပစ္စည်း) အဘယ်သို့လုပ်ရာက(အသေးစိတ်၊ ရွေ့လျားပုံ၊ လှုပ်ရှားပုံ)၊ မည်သည့်အကြောင်းရင်းကြောင့် မညီညိုသော ထိခိုက်ခံခဲ့ရသည်ကို ရေးသားဖော်ပြပေးပါ။

မူကင်းသက်သေခံရသောအခြေအနေ အမည်()၊ ဆက်သွယ်ရန်()၊ ထိခိုက်သူနှင့်တော်စပ်ပုံ()

ထိခိုက်မှုဖြစ်ပွားစေသူရှိသည့်အခြေအနေ အမည်()၊ ဆက်သွယ်ရန်()၊ ထိခိုက်သူနှင့်တော်စပ်ပုံ()

ထိခိုက်မှုဖြစ်ပွားခြင်းနောက် လက်ရှိကုသမှုခံယူနေသောဆေးရုံကုသစရိတ်ခံစား ဆေးကုသမှုခံယူခဲ့သောဆေးရုံကုသစရိတ်ခံစား အမည်: . တည်နေရာ: .
ဆေးရုံကုသမှုအမည်: . တည်နေရာ: .

ထပ်မံဆေးကုသမှု လုပ်ဆောင်ရသော အကြောင်းရင်း	အကြောင်းရင်း	<input type="checkbox"/> စတီရိုးဖယ်ရှားရန် <input type="checkbox"/> ရောဂါလက္ခဏာဆိုးရွားလာခြင်းကြောင့်ကုသမှု <input type="checkbox"/> အခြားကြောင့်သန့်စွမ်းရေးကုသမှု <input type="checkbox"/> ရောဂါလက္ခဏာဆိုးရွားလာမှုကြောင့် ခွဲစိတ်မှုခံယူခြင်း <input type="checkbox"/> အထောက်အပံ့ကိရိယာကြောင့်လိုအပ်သည့်ဆေးကုသမှု <input type="checkbox"/> အခြား
	ခွဲစိတ်ရမည့်အခြေအနေတွင် ဖြည့်စွက်ခြင်း	ခွဲစိတ်မည့်အပိုင်း: ခွဲစိတ်ရန်သတ်မှတ်ထားသောနေ့ရက်: နှစ်။ လ။ ရက်

ဆေးကုသခြင်းနှင့် နားရက်ခံစားခွင့် လျှောက်ထားလွှာတွင် မှားယွင်းစွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းမရှိပါသည်ဟု မှန်ကန်ပါသည်။

လုပ်ငန်းအမည်စာ တည်နေရာ အာမခံထားသူ (လုပ်ငန်းခွင်)(လက်မှတ်)

အထက်ပါအကြောင်းအရာအား လျှောက်ထားပါသည် နှစ်။ လ။ ရက်

လျှောက်ထားသူ (လက်မှတ်(သို့) စည်းတံဆိပ်) ကိုယ်စား (လက်မှတ်)

※ သေဆုံးသူ (သို့) ဒုရက်နှင့်အထက် အလုပ်ယာယီနားခြင်း ထိခိုက်မှုတွင် ထိခိုက်မှုစတင်သောရက်မှ ၁၀၀ အတွင်း အသေဆုံးရာအလုပ်သမားရုံးတွင် လုပ်ငန်းခွင်ထိခိုက်မှုစစ်ဆေးရေး ဖြစ်ပေမည် တင်ပြလျှောက်ထားရပါမည်။

※ အာမခံထားသူ(လုပ်ငန်းရှင်) လက်မှတ်တံဆိပ်တုံးလက်ခံယူနိုင်ပါက မှန်ကန်စွာဖြည့်စွက်ပြီး လျှောက်ထားလွှာကို တင်ပြနိုင်ပြီး ၎င်းအခြေအနေတွင် ကိရိယာအလုပ်သမားအကျိုးဆောင်အဖွဲ့အစည်းမှ လုပ်ငန်းခွင်ထိခိုက်မှုအာမခံဥပဒေအရ အပိုဒ် ၂၀ အရ အာမခံထားသူ(လုပ်ငန်းရှင်)ထံ ထပ်မြင်ယူဆချက်အား တင်ပြနိုင်သည့်တိုင် အောင်လုပ်ပြီး လျှောက်ထားလွှာကို ကိုင်တွယ်ပြုပြင်ပါမည်။

※ လျှောက်ထားသူသည် ကိုယ်စားလျှောက်ထားပေးခြင်းအခြေအနေတွင် ကိုယ်စားလျှောက်ထားသူမှ ကိုယ်စားလျှောက်ထားလွှာကို ကိရိယာအလုပ်သမားအကျိုးဆောင်အဖွဲ့အစည်းတွင် တင်ပြလျှောက်ထားရပါမည်။

⑮ ဆေး ရုံ တက် ခြင်း	ခန့်မှန်းကာလ	နှစ် လ ရက် ~ နှစ် လ ရက် (အပတ်)
	အကြောင်းအရင်း	<input type="checkbox"/> ခွဲစိတ်မှု <input type="checkbox"/> သတိလစ်ချိတ်ပွန်းခြင်း <input type="checkbox"/> ပြင်ပပစ္စည်းကိရိယာတပ်ခြင်း <input type="checkbox"/> ကျောက်ပတ်တီးစည်း <input type="checkbox"/> လှုပ်ရှားမှု လုံလောက်မှုမရှိခြင်း <input type="checkbox"/> အခြား <input type="checkbox"/> ဘေးကင်း(စောင့်ရှောက်) <input type="checkbox"/> လှုပ်ရှားမှုပုံစံမပြုခြင်း <input type="checkbox"/> အခြား

⑯ ပြင် ဝ လူ နာ	ခန့်မှန်းကာလ	နှစ် လ ရက် ~ နှစ် လ ရက် (အပတ်)
	အကြောင်းအရင်း	※အလုပ်လုပ်လျက်ဆေးကုသခြင်းဆိုသည်မှာ ကုသမှုကိုခံယူနေသော်လည်း အလုပ်ဆင်းနိုင်သည့်အခြေအနေ(ဆေးပညာဆိုင်ရာအရ ဆုံးဖြတ်မှု) <input type="checkbox"/> ပုံမှန်အလုပ်လုပ်ပြီးကုသမှုခံယူနိုင် <input type="checkbox"/> အလုပ်တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းလုပ်ပြီးကုသမှုခံယူနိုင် <input type="checkbox"/> အလုပ်လုပ်ခြင်းတားမြစ်ပြီးကုသမှုခံယူ : နောက် () လပေါင်း ပြီးနောက် လုပ်နိုင်စွမ်း ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်း

⑰ လွှဲပြောင်းကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးခြင်း : တည်နေရာ :
 ပြောင်းမည့်အကြောင်းရင်း :
 ※ လွှဲပြောင်းခြင်းဆိုသည်မှာ နေထိုင်သည့်အရပ်ကြောင့် အထူးကုသမှုကိုခံယူရန်လက်ရှိကုသမှုခံယူနေသောဆေးရုံမှ အခြားဆေးရုံသို့ပြောင်းရွှေ့ခြင်းကိုဆိုလိုပါသည်။

⑱ ထပ်ပေါင်းကုသမှုလိုအပ်သော ကုသမှုအကြောင်းအရာ	
⑲ ဆက်တိုက် ဆက်စပ်ကုသမှုလိုအပ်သောရိုးပြွန်ရောဂါ	
ပြန်လည်ထူထောင်ရေးအထူးကုသမှုလိုအပ်ချက်	<input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာဆွေးနွေးတိုင်ပင်ခြင်း <input type="checkbox"/> အထူးပြန်လည်သန်စွမ်းရေးကုသမှု <input type="checkbox"/> နောက်ဆက်တွဲဆုံးဖြတ်မှု <input type="checkbox"/> မလိုအပ်ခြင်း (*အဓိကဦးနှောက်သွေးကြောရောဂါ ကျောရိုးမာကျိုး ဒူးနိုး ဖယ်ရိုး ယုန်နိုး နှင့်ပတ်သတ်သောရောဂါဖြစ်သော လူနာ)

<တွဲတင်ရမည့် စာရွက်စာတမ်း များ>

1. လျှောက်ထားသည့်ရောဂါအား အတည်ပြုနိုင်သည့် ဆေးစစ်မှုအချက်အလက် အသီးသီးအပါအဝင် ဆေးစစ်အဖြေစာရွက်အသီးသီး တစ်စုံစီ
2. ရေလက်ဖြတ်တောက်ခြင်း၊ ဇီးလောင်နာ၊ ဖျက်စီးသွားသောတစ်ရှူးအားဖယ်ရှားခြင်း၊ အိပ်ယာပုံနှာဖြစ်သော အစိတ်အပိုင်းကာလာခါတ်ပုံ
3. စိတ်မကျန်းမာသည့်အခြေအနေရောဂါအရင်းမြစ်အားသက်သေပြနိုင်သည့်အရေးပေါ်ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုအပြင် ပထမဆုံးကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုမှတ်တမ်းစာတမ်းဖြင့်ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းအပါအဝင်ဆေးစစ်မှုအသီးသီးရရှိအဖြေစာရွက်တစ်စုံစီ (ဦးနှောက်ပုံရိပ်စစ်ဆေးမှု EEC, EKG, စိတ်ကျန်းမာရေးအဆင့် စစ်ဆေးမှု၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာစစ်ဆေးမှု၊ သိုင်းရွိုက်လုပ်ဆောင်ချက်စစ်ဆေးမှုအစရှိသဖြင့်)

အထက်ဖော်ပြပါအတိုင်းကုသမှုအကြောင်းအရာများအား မှန်ကန်ကြောင်းထောက်ခံပါသည်။
 ဖြည့်စွက်သည့်နေ့စွဲ နှစ် လ ရက်

ကုသမှုပေးသည့်ဆေးရုံလိပ်စာ
 ကုသမှုပေးသည့်ဆရာဝန် (လက်မှတ်)

ဆရာဝန်ဆ.မလိုင်စင်နံပါတ် :
 အထူးပြုဘာသာရပ် : (specialist : နံပါတ်)
 အမည် : (လက်မှတ်)

ကိုးကွယ်အလုပ်သမားသက်သာရေးအဖွဲ့အသင်းဆိုင်ရာပင်မဂျာနယ်(ဂျီနီဒွဲ)အပိုင်း

အတိုင်ပင်ခံ(Consultant)ဆရာဝန် ထင်မြင်ချက်

နှစ် လ ရက် အတိုင်ပင်ခံ(consultant)ဆရာဝန်(အမည်၊ လက်မှတ်)