

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (ဦးနှောက်ဆိုင်ရာပြင်းထန်ရောဂါများ)

Attending Physician's Statement (Stroke, Cerebral Aneurysm Malformation, Cerebral Aneurysm Surgery)

1. လူနာ၏အချက်အလက် / Patient Information			
လူနာအမည် / Patient's Name:		အသက် / Age:	
လိပ်စာ / Address:		အလုပ်အကိုင် / Occupation	
		မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့စ် / ID/ Passport No.	
2. လူနာကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း / Patient's Medical Record			
1) ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသို့လာရောက်ပြသသော နေ့များနှင့် ကာလတို့ကိုဖော်ပြပါ။ / Please state date of consultation and period of the Hospital/Clinic record			
ပထမဆုံးပြသသည့်နေ့ / Date of first consultation	နောက်ဆုံးပြသသည့်နေ့ / Date of last consultation	ထိုကာလအတွင်းပြသခဲ့သည့် အကြိမ်ရေ / Number of consultations during the above period	ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်နှင့်ပြသရသည့်အကြောင်းအရင်း / Name of hospital/clinic and reasons for consultations
2) သင်သည်လူနာအားပုံမှန် ကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်ဟုတ်ပါသလား? / Are you the patient's usual medical attendant? <input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No a. ဟုတ်လျှင် ဘယ်အချိန်မှ စပါသလဲ? / If yes, since when?/...../..... (dd/mm/yy) b. မဟုတ်လျှင် လူနာပုံမှန်ပြသနေသော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာကို ဖော်ပြပါ။ / If No, please provide name and address of the patient's regular doctor			
3) သင့်ထံသို့ လူနာကို အခြားဆရာဝန်မှ လွှဲခဲ့ပါသလား? ဟုတ်လျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / Was the patient referred to you? If yes, please provide: <input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No a. လွှဲလာခဲ့သောနေ့ / Date referred/...../..... (dd/mm/yy) b. လွှဲလာရသည့် အကြောင်းအရင်း / Reason the patient was referred			

c. လွှဲပေးလာခဲ့သော ဆရာဝန်၏အမည်နှင့်လိပ်စာ /
Name and address of doctor recommending the referral

.....

.....

d. မဟုတ်လျှင် လူနာသည် သင့်ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသို့ ဘယ်လိုလာရောက်ပြသခဲ့ပါသလဲ? /
If No, how did the patient come to consult at your hospital/clinic?

.....

.....

4) သင်သည် လူနာကို အခြားဆရာဝန်ထံသို့ လွှဲထားခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် / ရှိ/Yes မရှိ/No
Have you referred the patient to any other doctor? If yes:

a. လွှဲပေးခဲ့သောနေ့ / Date referred

b. လွှဲပေးရသည့် အကြောင်းအရင်း / Reason the patient was referred

.....

c. လွှဲပေးခဲ့သော ဆရာဝန်၏အမည်နှင့်လိပ်စာ /
Name and address of doctor recommending the referral

.....

.....

5) လူနာသည် ထူးခြားသော ကျန်းမာရေးအခြေအနေဖြစ်နေပါသလား သို့မဟုတ် ဖြစ်ဖူးခြင်းရှိပါသလား? (ဥပမာ၊ အရည်အိတ်၊ ကင်ဆာ၊ အသည့်ရောင်ခြင်း၊ ဆီးချို၊ သွေးတိုး၊ သွေးတွင်းအဆီများခြင်း၊ သွေးအားနည်းခြင်း စသည်) ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /
Does the patient have or ever have had any significant health conditions, medical history or any illness (e.g. cyst, malignant tumor, hepatitis, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, anemia, etc.) If "Yes", please provide:

ရှိ/Yes မရှိ/No

ရောဂါလက္ခဏာအသေးစိတ် / Details of symptoms	ရောဂါအမည်အတိအကျ / Exact Diagnosis	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ကုထုံး / Treatment

6) မေးခွန်းနံပါတ် (၅) တွင် ဖော်ပြခဲ့သော လက္ခဏာ(များ)အတွက် ပြသခဲ့သော ဆရာဝန်များ၏ အမည်နှင့် လိပ်စာတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /
Name and address of doctors whom the patient consulted for the condition(s) stated in Question (5) above.

ဆရာဝန်အမည် / Name of Doctor	ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Clinic/Hospital and Address

7) အထက်ဖော်ပြပါ ကုထုံးများနှင့် သက်ဆိုင်သော စာရွက်စာတမ်းများကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။ /
Please provide the documentation regarding treatment(s) above.

.....

8) ဆေးလိပ်သောက်လျှင်၊ တစ်နေ့လျှင်သောက်သည့် စီးကရက်အရေအတွက်နှင့် ဤအချက်အလက်များ၏ အရင်းအမြစ်အပါအဝင် အတိတ်နှင့်လက်ရှိဆေးလိပ်သောက်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် လူနာ၏အလေ့အထအသေးစိတ်ကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးပါ။ (ကလေးအတွက် အကျုံးမဝင်ပါ) / Please give details of the patient's habits in relation to past and present smoking, including the duration of smoking habits, number of cigarettes smoked per day and source of this information: (Not applicable for child)

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် / No. of years of smoking	တစ်နေ့ သောက်သည့်အရေအတွက်/ No. of sticks per day	အချက်အလက်၏အရင်းအမြစ် / Source of information

9) အရက်သောက်လျှင် အရက်သုံးစွဲမှု၊ အကြိမ်အရေအတွက်နှင့် ဤအချက်အလက်၏ရင်းမြစ်အပါအဝင် အရက်သုံးစွဲမှုနှင့် ပတ်သက်၍ လူနာ၏အလေ့အထများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးပါ။ (ကလေးအတွက် အကျုံးမဝင်ပါ) / Please give details of the patient's habits in relation to alcohol consumption, including the amount of the alcohol consumption, frequency, and the source of this information. (Not applicable for child)

အရက်အမျိုးအစား / Type of Alcohol	တစ်ကြိမ်သောက်သည့်ပမာဏ / Quantity per consumption	တစ်ပတ်/လ သောက်သည့်အကြိမ် / Frequency (per week/month etc.)	အချက်အလက်၏အရင်းအမြစ် / Source of information

3. ပြင်းထန်ရောဂါ၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များ / Details of Critical Illness

1) လိုအပ်သည့် လေ့ဖြစ်စေသောအခြေအနေ၏ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ / Please provide details of stroke condition:

a. ပထမဆုံးလာရောက်ပြသသည့်နေ့ /
Date of first consultation/...../.....
(dd/mm/yyyy)

b. ပထမဆုံးလာရောက်ပြသသည့်နေ့တွင်ပြသခဲ့သော ရောဂါလက္ခဏာ(များ)၏ အသေးစိတ်ကို စတင်ဖြစ်ခဲ့သောနေ့နှင့်တကွ ဖော်ပြပါ။ /
Details of symptom(s) presented during the First consultation, and date these symptoms First started
.....
.....

c. ရောဂါလက္ခဏာ(များ) ဖြစ်ပေါ်စေသော အကြောင်းအရာ(များ)ကို ဖော်ပြပါ။ /
What is the underlying cause(s) of the symptoms?
.....
.....

d. သင်တပ်လိုသော ရောဂါအမည် အတိအကျကို ဖော်ပြပါ။ ဖြစ်နိုင်လျှင် ICD-10 Code ဖြင့်ဖော်ပြပါ။ /
What is your exact diagnosis?ICD-10 Code (if applicable).
.....

e. ပထမဆုံး ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ /
Date of first Diagnosis/...../.....
(dd/mm/yyyy)

f. လူနာမှ ရောဂါအခြေအနေကို ပထမဆုံးသိရှိသည့်နေ့ /
Date the patient first became aware of the illness/condition Diagnosis/...../.....
(dd/mm/yyyy)

2) ရောဂါအမည်ကို အတည်ပြုနိုင်သော စစ်ဆေးခဲ့သောရလဒ်များကို စစ်ဆေးခဲ့သည့်နေ့အပါအဝင် မိတ္တူ တွဲတင်ပေးပါ။ /
Please provide full details and results of all investigation (with date) performed for the diagnosis and attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis.

3) လူနာ၏ ရောဂါအခြေအနေကို ပထမဆုံးရောဂါအမည်တပ်ခဲ့သော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ /
Name and address of the doctor who first diagnosed the patient with this condition

4) ကနဦးဖြစ်ပွဲကိုပြောပြပါ။ /
Please describe the initial episode:

a. လူနာသည် ယခင်က ယခုကဲ့သို့သောခွဲစိပ်မှု ခံယူခဲ့ဖူးခြင်းရှိပါသလား? /
Nature of episode

b. ကနဦး အဖြစ်ဖြစ်ခဲ့သည့်နေ့ /
Date of initial episode/...../.....
(dd/mm/yyyy)

c. လက်တလောလက္ခဏာများ၏ကြာမြင့်ချိန် /
Duration of acute symptoms

5) ကနဦးလေဖြတ်ပြီးသည့်နောက်တွင် အနည်းဆုံး ၆ ပတ်ကြာ အာရုံကြောယိုယွင်းခြင်း ရှိခဲ့ပါသလား? ရှိခဲ့လျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
Was there any neurological deficit lasting for at least (6) weeks after the initial episode of Stroke? If yes, please give details: ရှိ/Yes မရှိ/No

a. အာရုံကြောယိုယွင်းမှုကို ဖော်ပြပါ။ / Please describe the neurological deficit

b. စမ်းသပ်ရာတွင် တွေ့ရှိရသော အာရုံကြောယိုယွင်းသည့်လက္ခဏာများကို ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။ /
Please describe the symptoms of dysfunction in the nervous system that are present on clinical examination.

c. ကနဦးလေဖြတ်ပြီးသည့်အချိန်မှစ၍ ဤလက္ခဏာများရှိသည်မှာ ဘယ်လောက်ကြာပါပြီလဲ? /
How long have these sequelae been present since the initial episode?

d. အာရုံကြောယိုယွင်းခြင်းနှင့် လက္ခဏာများမှာ လူနာ၏သက်တမ်းတစ်လျှောက် ရာသက်ပန်ဖြစ်နိုင်ခြေရှိပါသလား? အထောက်အထားနှင့်တကွ ရှင်းပြပါ။ /
Is the neurological deficit with its clinical symptoms likely to be permanent, lasting throughout the lifetime of the patient? Please elaborate with supporting evidence.

6) ဦးနှောက်တစ်သျှူးပုံသွားခြင်း၊ သွေးယိုခြင်း၊ သွေးခဲခြင်း နှင့် ဦးခေါင်းခွဲပြင်ပမှအကြောင်းအရင်းကြောင့်သွေးခဲပိတ်ခြင်း ရှိပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
 Has there been an infarction of brain tissue, hemorrhage, embolism, and thrombosis from an extracranial source? If "Yes", please provide full details. ရှိ/Yes မရှိ/No

7) ဤစမ်းသပ်စစ်ဆေးချက်နှင့်တွေ့ရှိချက်များအရ ယခုလက်တလောလေဖြတ်ထားသည့်ရောဂါနှင့် တူညီခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ကို CT၊ MRI၊ ဓာတ်ခွဲခန်းအဖြေများနှင့်တကွ ဖော်ပြပါ။ /
 Are the investigations or findings consistent with the diagnosis of a new Stroke? If "Yes", please provide details and attach a copy of all reports, CT Scan, MRI, laboratory test results, etc. ရှိ/Yes မရှိ/No

8) ခွဲစိတ်ခွဲမှုများနှင့် အခြားကုထုံးများ ကို ဖော်ပြပါ။ /
 Please provide details of the surgery and/or other mode of treatment that had been performed.

ခွဲစိတ်မှု သို့မဟုတ် အခြားပြုလုပ်ခဲ့သော ကုသမှုများ / Surgery and/or other mode of treatment had been performed	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of treatment	ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic

- 9) ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါတို့ကို အတည်ပြုပါ။ / Please confirm the following:
- a. ယာယီလေဖြတ်ခြင်းဟုတ်ပါသလား? / Is this a Transient Ischemic Attack? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
 - b. ဦးနှောက်ထိခိုက်မှုသည် မတော်တဆမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်မှု သို့မဟုတ် ပိုးဝင်ခြင်း၊ သွေးကြောရောင်ခြင်း နှင့် ရောင်ရမ်းသည့်ရောဂါတို့ကြောင့်ဟုတ်ပါသလား? /
 Was the brain damaged due to an accident or injury, infection, vasculitis, and inflammatory disease? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
 - c. ဤအခြေအနေသည် မျက်လုံး၊ အမြင်အာရုံကြော သို့မဟုတ် အကြားအာရုံကြောကို ထိခိုက်စေသော သွေးကြောရောဂါကြောင့်ဟုတ်ပါသလား? /
 Was this condition due to vascular disease effecting the eye, optic nerve or vestibular function? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
 - d. ဤအခြေအနေသည် အကြားအာရုံကြောသွေးမရခြင်းကြောင့် ဟုတ်ပါသလား? /
 Was this condition due to ischemic disorder of the vestibular system? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
 - e. ဤအခြေအနေသည် ခေါင်းတခြမ်းကိုက်ခြင်းကြောင့်ရရှိသော ဦးနှောက်ဆိုင်ရာလက္ခဏာများနှင့် ဆက်စပ်ခြင်းရှိပါသလား? /
 Was this condition related to cerebral symptoms due to migraine? ရှိ/Yes မရှိ/No

10) လူနာသည် ဦးနှောက်သွေးကြောဖောင်းခွဲစိတ်ခြင်း ခံယူထားခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် /

Has the patient undergone any Brain Aneurysm Surgery? If yes, please proceed as follow: ရှိ/Yes မရှိ/No

a. သွေးကြောဓာတ်မှန်/ဦးနှောက်သွေးကြောဓာတ်မှန် ရိုက်ထားခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /

Was an arteriogram / cerebral angiogram carried out? If yes, please advise: ရှိ/Yes မရှိ/No

.....

b. သွေးကြောဓာတ်မှန် ရိုက်သည့်နေ့၊ ရလဒ်မိတ္တူတွဲပေးပါ။ /

Date of arteriogram performed. Please attach a copy of the report. / /
(dd/mm/yyyy)

.....

c. ခွဲစိတ်မှုသည် ဦးခေါင်းခွံအတွင်းရှိသွေးကြောဖောင်းခြင်း သို့မဟုတ် သွေးကြောပုံမမှန်ဖြစ်ခြင်းအတွက် ကုသခြင်းဟုတ်ပါသလား? ဟုတ်လျှင် /
Was surgery carried out to correct intracranial aneurysm or arterio-venous malformation? If yes, please advise:

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

.....

d. ခွဲစိတ်သည့်နေ့ / Date of surgery

..... / /
(dd/mm/yyyy)

e. ခွဲစိတ်မှု သဘာဝ / Nature of surgery

.....

f. ဦးခေါင်းခွံဖောက်၍ ခွဲစိတ်ခြင်းဟုတ်ပါသလား? မဟုတ်လျှင် လုပ်ဆောင်ခဲ့သော ခွဲစိတ်မှုအမျိုးအစားကို ဖော်ပြပါ။ ဟုတ်လျှင် ခွဲစိတ်ပေးခဲ့သော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့် ဆေးရုံလိပ်စာတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /

Was surgery done via craniotomy? If no, please state the type of surgery performed.

If yes, please provide name of surgeon and address of hospital/clinic ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

.....

.....

g. ကျေးဇူးပြု၍ CT၊ MRI၊ MRA၊ သွေးကြောဓာတ်မှန် တို့၏ မိတ္တူတို့ကို တွဲပေးပါ။ /

Please attach a copy of the tomography (CT) scan, magnetic resonance imaging (MRI), magnetic resonance angiogram (MRA) or angiogram.

.....

.....

4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information

1) လူနာ၏ ရောဂါမှ ကုသမှုကို တွန်းပြန်သည့်အခြေအနေကို ပြောပြပါ။ /
What is the prognosis of the patient's condition?

.....

2) လူနာ၏အခြေအနေ သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်မှုသည် အောက်ပါတို့ကြောင့် သို့မဟုတ် ဆက်စပ်မှုရှိပါသလား? /
Is patient's condition or surgery performed in any way related or due to?

a. AIDS သို့မဟုတ် ခုံခံအားကျဆင်းရောဂါနှင့်ဆက်စပ်ရောဂါ / AIDS or HIV related illness? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

b. မှတ်ပုံတင်ထားသော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းမှ ညွှန်ကြားမှုမရှိဘဲ တားမြစ်ဆေးသုံးစွဲခြင်း /
Use of drug not prescribed by a registered medical practitioner or drug abuse? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

c. အရက်အလွန်အကျွံသောက်ခြင်း / Alcohol abuse/misuse? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

d. မွေးရာပါ ရောဂါ သို့မဟုတ် ချို့တဲ့ခြင်း / Congenital anomaly or defect? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

i. ရောဂါ အမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of diagnosis/...../.....
(dd/mm/yyyy)

ii. ရောဂါအမည် အတိအကျ / Exact diagnosis

iii. အထက်ပါ အကြောင်းအရာတို့မှ တခုခု ဖြင့် ရောဂါအမည်တပ်ပေးခဲ့သော ဆရာဝန်၏ အမည် နှင့် လိပ်စာ /
Name and address of doctor who first diagnosed the patient with HIV, AIDS, drug abuse or alcohol abuse or congenital anomaly.

.....

3) လူနာ၏ကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဆိုးရွားစေနိုင်သော အကြောင်းများရှိပါသလား? /
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of Stroke, intracranial aneurysm, arterio-venous malformation, hydrocephalus or narrowing of carotid artery or any related illness (e.g. hypertension, transient ischemic attack, angina, other cardiovascular disease, congenital anomaly or defect, etc)? ရှိ/Yes မရှိ/No

ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
If "Yes", please give details:

ရောဂါအမည်အတိအကျ / Exact Diagnosis	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic

4) လူနာ၏ မိသားစုကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဖြစ်စေနိုင်သော အကြောင်းများရှိပါသလား? /

Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of this condition?

ရှိ/Yes မရှိ/No

ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /

If "Yes", please give details:

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ / Relationship with the patient	ရောဂါ၏သဘာဝ / Nature of illness	စဖြစ်သည့်အသက် / Age of onset	သတင်း၏အရင်းအမြစ် / Source of Information

5) လူနာသည် နှလုံးသွေးကြောရောဂါ သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများအတွက် မြန်မာနိုင်ငံတွင်း သို့မဟုတ် ပြည်ပရှိ အခြားဆရာဝန်များ နှင့် ပြသခဲ့ခြင်း ရှိမရှိ သင် သိပါသလား? /

Are you aware of any other doctor(s) (in Myanmar or Overseas) whom the patient consulted for coronary artery Disease or any possible related illness?

သိ/Yes မသိ/No

သိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /

If "Yes", please give details:

ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic	ပထမဆုံးနှင့် နောက်ဆုံးပြသခဲ့သည့်နေ့ / Date of first and last consultation	ပြသရသည့်အကြောင်းအရင်း / Reasons for consultation

6) ဤအတွင်း အသက်သေဆုံးနိုင်မှုကို အတည်ပြုနိုင်ပါသလား? /

Can you confirm that the advent of death is highly probable within?

a. ၆ လ / 6 months?

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

b. ၁၂ လ / 12 months?

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

ဟုတ်လျှင် ဤသို့ယူဆခြင်းကို ထောက်ပံ့နိုင်သော ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်များကို ဖော်ပြပါ။ /

If "Yes", please describe and provide relevant medical reports that support this view.

7) သင့်လူနာ၏စိတ်နှင့်ကိုယ်ကျန်းမာရေးအခြေအနေ မစွမ်းဆောင်နိုင်မှုနှင့် ပြင်းထန်မှုသဘာဝကိုဖော်ပြပါ။ /

Please describe and elaborate on the nature and severity of the patient's physical and mental disability, if any

8) လူနာသည် ဆက်လက်၍ ပြသခြင်းရှိနေပါသေးသလား? / Is the patient still in follow-up? ရှိ/Yes မရှိ/No
ရှိလျှင် နောက်တကြိမ် ပြသမည့်ရက်ကို ဖော်ပြပါ။ / If "Yes", please state date for next appointment. / /
(dd/mm/yyyy)
မရှိလျှင် ဆေးရုံမှ ပေးဆင်းလိုက်သည့်နေ့ကို ဖော်ပြပါ။ / If "No", please state date of discharge. / /
(dd/mm/yyyy)

9) အထူးကု သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၏အစီရင်ခံစာ အပါအဝင် ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးခြင်းရလဒ်၊ အသံဓာတ်မှန်၊ အသားစအဖြေ၊ ခွဲစိပ်မှုအစီရင်ခံစာ၊
ဓာတ်ခွဲခန်းအထောက်အထား တို့၏မိတ္တူကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။
Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports, diagnostic test result, ultrasound, biopsy
reports, surgical reports, laboratory evidence, etc.
.....
.....

5. ဆရာဝန်၏အချက်အလက် / Physician's Information

တာဝန်ရှိဆရာဝန်အမည် / Name of Attending physician:

ဖုန်းနံပါတ် / Phone Number:

အီးမေးလ် / email:

လိပ်စာ / Address:

ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါ အဖြေများကို ကျွန်ုပ်သိသမျှယုံကြည်မှု နှင့် အကောင်းဆုံးပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည့်ဟု ကြေညာပါသည်။ /
I hereby declare that all the answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

လက်မှတ်နှင့် နေ့စွဲ / Signature & Date:

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတံဆိပ်တုံး / Clinic/Hospital Stamp

ဤ ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီးလျှင် သင့်တွင် အောက်ပါ စာရွက်စာတမ်းများရှိပါက ပူးတွဲထည့်ပေးပါ။ /

After you have fully completed this form, if you have the following materials, please attach copies:

- လက်ရှိ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော ၂ နှစ်အတွင်းရှိ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများ /
Medical Records for the period of treatment or the last two years
- ဆေးရုံတက်ခဲ့သောမှတ်တမ်း
Hospital discharge summaries
- ရောဂါလက္ခဏာ/အမည်ကိုသိစေနိုင်သော ဆေးစစ်ချက်မှတ်တမ်းများ /
Test result showing objective findings
- ကုသပေးသောဆရာဝန်၏ မှတ်တမ်း /
Consulting physician reports