

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (လုံးလုံးလျားလျားထာဝစဉ်မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်း)

Attending Physician's Statement (Total & Permanent Disability)

အခွင့်အာဏာပေးအပ်ခြင်း / Authorization of Information			
<p>အမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သတ်၍ ကျွန်ုပ်၏ အသက်အာမခံကုမ္ပဏီအား လိုအပ်သောအချက်အလက်များအတွက် ရယူခွင့်ပြုပါသည်။ / I hereby, authorize the release to my insurer of any information requested in respect of this claim.</p>			
_____ နေ့စွဲ / Date		_____ လူနာလက်မှတ် သို့မဟုတ် ကိုယ်စား Signature of the patient or Representative (Next of Kin)	
<p>ဤပုံစံ၏လိုခြံမှုကို လူနာမှ ထိန်းသိမ်းရမည်ဖြစ်ပြီး ဖြည့်စွက်မှုနှင့်ပတ်သတ်သောကုန်ကျစရိတ်ကို လူနာမှ တာဝန်ယူရမည်ဖြစ်သည်။ / The patient is responsible for securing this form and for charges made for its completion.</p>			
1. လူနာ၏အချက်အလက် / Patient Information			
လူနာအမည် / Patient's Name:	.....	အသက် / Age:	.....
လိပ်စာ/ Address:	..... ..... .....	အလုပ်အကိုင် / Occupation	.....
2. လူနာရောဂါရာဇဝင် / Patient's history disease, to the best of my knowledge			
ရောဂါလက္ခဏာစတင်ပြသည့်နေ့ သို့မဟုတ် မတော်တစဖြစ်ခဲ့သည့်နေ့ / Date of Symptom first appeared, or accident happened:			...../...../..... (dd/mm/yy)
ပထမဆုံးလာရောက်ပြသည့်နေ့ / Date of first visit:			...../...../..... (dd/mm/yy)
နောက်ဆုံးလာရောက်ပြသခဲ့သည့်နေ့ / Date of last attendance:			...../...../..... (dd/mm/yy)

လူနာတွင် ထိုရောဂါကဲ့သို့ သို့မဟုတ် ဆင်တူရိုးမှားရောဂါအခြေအနေမျိုးရှိပါသလား? / Has the patient had history of the same or similar condition?	<input type="checkbox"/> ရှိ/Yes <input type="checkbox"/> မရှိ/No										
ရှိလျှင် အချိန်နှင့်တကွဖော်ပြပါ။ / If yes, please state when and describe:											
.....											
လူနာ၏မိသားစုတွင် ဤရောဂါကဲ့သို့ရောဂါမျိုး ရှိပါသလား? / Is there any family members with history of similar condtion?	<input type="checkbox"/> ရှိ/yes <input type="checkbox"/> မရှိ/No										
ရှိလျှင် လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ၊ စတင်သိရှိခဲ့သည့်အသက် နှင့် ရောဂါအခြေအနေတို့ကို ဖော်ပြပါ။ / If yes, please provide informantion such as relationship to insured, age first diagnosed, nature of condition etc:											
.....											
လူနာကိုကုသရာတွင် အနီးကပ်တာဝန်ယူကြီးကြပ်ခဲ့ပါသလား? / Were you actively supervising this patient's care during the full period?	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No										
ကြီးကြပ်ခဲ့လျှင် မှတ်ချက်ပေးပါ။ / If yes, please comment:											
.....											
သင်သည်လူနာအားပုံမှန် ကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်ဟုတ်ပါသလား? / Are you the patient's usual medical attendant?	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No										
ဟုတ်ခဲ့လျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / If yes, please give detail:											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">တိုင်ပင်ခဲ့သည့်ကာလ / Period of consultation</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">ပြီးခဲ့သည့်ကျန်းမာရေးရာဇဝင် / Past health history</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		တိုင်ပင်ခဲ့သည့်ကာလ / Period of consultation	ပြီးခဲ့သည့်ကျန်းမာရေးရာဇဝင် / Past health history								
တိုင်ပင်ခဲ့သည့်ကာလ / Period of consultation	ပြီးခဲ့သည့်ကျန်းမာရေးရာဇဝင် / Past health history										

အခြား ဆရာဝန်တစ်ဦးထံမှ လွှဲယူခဲ့လျှင် ထိုဆရာဝန်၏ အမည်၊ ဖုန်းနံပါတ် နှင့် လိပ်စာတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /
If referred to you, please give name, address, phone contact number of the referring physician:

.....
.....
.....

မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းသည် ရောဂါကြောင့်ဖြစ်ခဲ့လျှင် / If cause of disability by illness:

ထိုရောဂါသည် အရက်အလွန်အကျွံသောက်ခြင်း သို့မဟုတ် တားမြစ်ဆေးသုံးစွဲခြင်းကြောင့်ဟုတ်ပါသလား? / ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
Is the cause of disease by using drug or alcohol abuse?

ဟုတ်ခဲ့လျှင် သုံးစွဲခဲ့သည့် အရာ၊ ကြာမြင့်ချိန်ကာလ၊ ဆေးစစ်ချက်အဖြေတို့ကို သင်သိသမျှ ဖော်ပြပေးပါ။ /
If Yes, to the best of your knowledge, how long of using which cause this disease? What was the result of blood test performed?
နှစ် /years

ဆေးစစ်ချက်အဖြေ / Blood test result:
.....
.....
.....

လူနာသည် အခြားသောဆေးဝါးများကို သုံးစွဲနေခြင်းရှိပါသလား? /

Was the patient under the influence of any other drugs? ရှိ/Yes မရှိ/No

ရှိလျှင် သုံးစွဲနေသည့်ဆေးနှင့် ဆေးစစ်ချက်အဖြေတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /
If yes, please provide name of drugs and result of any blood test performed?

ဆေးအမည် / Drug Name:
ဆေးစစ်ချက်အဖြေ / Blood test result:
.....
.....
.....

မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းသည် မတော်တဆမှုကြောင့်ဖြစ်ခဲ့လျှင် / If cause of disability by accident

လူနာသည် မတော်တဆဖြစ်ချိန်တွင် အရက်သောက်သုံးထားခြင်းရှိပါသလား? / ရှိ/Yes မရှိ/No
Was the patient under the influence of alcohol?

ရှိလျှင် သွေးတွင်း အရက်(Alcohol)ပါဝင်မှု ဘယ်လောက်ရှိပါသလဲ? / If yes, What was the blood alcohol content?

ဆေးစစ်ချက်အဖြေ / Blood test result:
.....
.....
.....

2. ရောဂါအမည် / Diagnosis	
ရောဂါအမည်(နောက်ဆက်တွဲဆိုးကျိုးများနှင့်တကွ) / Diagnosis (including any complications)	..... ..... .....
သင်တွေ့ရှိသော ရောဂါလက္ခဏာများ / Subjective symptoms	..... ..... .....
ဓာတ်ခွဲခန်းနှင့် အခြားဆေးစစ်ချက်များမှရရှိသည့် တွေ့ရှိချက်များ/ Objective findings (including current X-rays, ECG's laboratory data and any clinical findings)	..... ..... .....
3. ကုသမှု သဘာဝ / Nature of treatments	
ဆေးရုံတက်ရလျှင် ဆေးရုံ၏အမည်ကို ဖော်ပြပါ။ / If hospitalized, please provide the name of hospital	.....
ခွဲစိတ်ကုသရလျှင် ခွဲစိတ်မှု အကြောင်းနှင့် နေ့ရက်ကို ဖော်ပြပါ။ / If surgery performed, please describe and date:	
နေ့စွဲ / Date (dd/mm/yy):...../...../.....	
ခွဲစိတ်မှုအကြောင်း / Brief of Surgery:	
.....	
4. ကိုယ်လက်အင်္ဂါချို့ယွင်းမှုရှိခဲ့လျှင် / Physical Impairment (if applicable)	
တစ်ကိုယ်ရေသန့်ရှင်းခြင်း - လူနာသည် မိမိတစ်ဦးတည်း တစ်ကိုယ်ရေသန့်ရှင်းမှု ပြုလုပ်နိုင်ပါသလား? / Washing -Is the patient able to take a bath/shower or wash by himself or herself?	<input type="checkbox"/> နိုင်/Yes <input type="checkbox"/> မနိုင်/No
ဝတ်စားဆင်ယင်ခြင်း - လူနာသည် မိမိတစ်ဦးတည်း ဝတ်စားဆင်ယင်ခြင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသလား? / Dressing - Is the patient able to put on, take off, secure, and unfasten all garments and any artificial limbs or other surgical appliances by himself or herself?	<input type="checkbox"/> နိုင်/Yes <input type="checkbox"/> မနိုင်/No
ရွှေ့ပြောင်းခြင်း - လူနာသည် မိမိတစ်ဦးတည်း အိပ်ရာထခြင်း၊ ထိုင်ရာမှထခြင်း၊ ထရာမှထိုင်ခြင်း တို့ကို ပြုလုပ်နိုင်ပါသလား? / Transferring - Is the patient able to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa by himself or herself?	<input type="checkbox"/> နိုင်/Yes <input type="checkbox"/> မနိုင်/No
ရွှေ့လျားခြင်း - လူနာသည် မိမိတစ်ဦးတည်း အိမ်အတွင်း အသွားအလာ၊ အတက်အဆင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသလား? / Mobility - Is the patient able to move indoors from room to room on level surface by himself or herself?	<input type="checkbox"/> နိုင်/Yes <input type="checkbox"/> မနိုင်/No

<p>သန့်စင်ခန်းသွားခြင်း - လူနာသည် မိမိတစ်ဦးတည်း သန့်စင်ခန်းသွားခြင်း၊ သန့်စင်ခန်း၌ သန့်စင်ခြင်း ပြုလုပ်နိုင်ပါသလား? /</p> <p>Toileting- Is the patient able to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder function so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene by himself or herself?</p>	<p><input type="checkbox"/> နိုင်/Yes</p> <p><input type="checkbox"/> မနိုင်/No</p>
<p>စားသောက်ခြင်း လူနာသည် ပြင်ဆင်ထားပြီးသောအစားအစာများကို မိမိတစ်ဦးတည်း စားသောက်နိုင်ပါသလား? /</p> <p>Feeding- Is the patient able to feed himself or herself once food has been prepared and made available?</p>	<p><input type="checkbox"/> နိုင်/Yes</p> <p><input type="checkbox"/> မနိုင်/No</p>
5. မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းပြန်ကောင်းနိုင်မှု / Prognosis	
<p>မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းပြန်ကောင်းနိုင်မှုကို သင်သိမျှဖော်ပြပါ။ / Prognosis, to the best of my knowledge</p>	
<p>လူနာသည် ယခုလုံးမသန်မစွမ်းဖြစ်နေပါသလား? /</p> <p>Is the patient now totally disabled?</p>	<p><input type="checkbox"/> ရှိ/Yes</p> <p><input type="checkbox"/> မရှိ/No</p>
<p>လူနာသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်ခြင်းကြောင့် အလုပ်ပြန်မဝင်နိုင်တော့ပါ။ /</p> <p>The patient has been TOTALLY DISABLED (unable to work)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes</p> <p><input type="checkbox"/> မဟုတ်/No</p>
<p>တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းသာ မသန်မစွမ်းဖြစ်ခဲ့လျှင် ဘယ်လောက်ထိကြာနိုင်ပါသလဲ? /</p> <p>If PARTIALLY DISBALED, how long was or will patient still be?</p>	<p>...../...../.....</p>
<p>မသန်မစွမ်းဖြစ်နေဆဲဆိုပါက မည်သည့်အချိန်တွင် အလုပ်ပြန်ဝင်နိုင်ပါသလဲ? /</p> <p>If still disabled, give approximate date patient should be able to return to work.</p>	<p>...../...../.....</p>
<p>လူနာသည် ၎င်း၏ မည်သည့်အလုပ်တာဝန်မျိုးကို မလုပ်ဆောင်နိုင်ပါသလဲ? /</p> <p>What duties of patient's job is he/she incapable of performing?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>လူနာ၏အခြေအနေသည် မိမိကိုယ်ကို စောင့်ရှောက်ရန် ခက်ခဲပါသလား? /</p> <p>Does patient's condition prevent them from caring themselves?</p> <p>ခက်ခဲလျှင် အခြေအနေကို အကျဉ်းဖော်ပြပါ။ /</p> <p>If yes, please explain briefly.</p>	<p><input type="checkbox"/> ခက်/Yes</p> <p><input type="checkbox"/> မခက်/No</p>
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
6. မှတ်ချက် / Remarks	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

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

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:

တာဝန်ရှိဆရာဝန်အမည် / Name of Attending physician:

ဘွဲ့နှင့်အထူးပြု / Degree and Specialty:

ဖုန်းနံပါတ် / Phone Number:

လိပ်စာ / Address:

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတံဆိပ်တုံး / **Clinic/Hospital Stamp**