



# မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း ကျန်းမာရေးအာမခံအဆိုလွှာ

ကျန်းမာရေးအာမခံထားရှိသူကိုယ်တိုင်ကအဆိုလွှာပါဖော်ပြချက်များကိုပေါ့ဆစွာမှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့်လွှဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊ လိမ်လည်ခြင်းစသည့်မမှန်မကန်ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လီစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများအား ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။

ကိုယ်စားလှယ်အမည်-----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်-----

အာမခံထားသူအမည် -----

အဘအမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ်(လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်)-----

မွေးဖွားရာဇာတိ -----

လူမျိုး -----

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ  ရှိ  မရှိ

ကျား/မ  ကျား  မ

အရပ် ----- ပေ ----- လက်မ

ကိုယ်အလေးချိန် ----- ပေါင်

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

အလုပ်အကိုင် -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

မြန်မာနိုင်ငံတွင် ခေတ္တနေထိုင်သူဖြစ်ပါက- အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်း/လည်ပတ်နေထိုင်ခွင့်/အခြားကိစ္စများ

ဝယ်ယူလိုသည့်ယူနစ်

စဉ်	အာမခံအကာအကွယ်	အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိနိုင်မှု	ဝယ်ယူနိုင်သည့်ယူနစ်	ဝယ်ယူမည့်ယူနစ်
၁	အခြေခံအာမခံအကာအကွယ် (အခြေခံယူနစ်)	-ရောဂါကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း -မတော်တဆမှုကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း -မတော်တဆမှုကြောင့်သေဆုံးခြင်း -ရောဂါကြောင့်သေဆုံးခြင်း -ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း	၁ ယူနစ်	၁ ယူနစ်
၂	အခြေခံအာမခံအကာအကွယ် (ထပ်ပေါင်းယူနစ်)	-ရောဂါကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း -မတော်တဆမှုကြောင့်ဆေးရုံတက်ခြင်း -မတော်တဆမှုကြောင့်သေဆုံးခြင်း -ရောဂါကြောင့်သေဆုံးခြင်း -ထာဝစဉ်မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း	၁ ယူနစ်မှ ၈ ယူနစ်	
၃	ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၁)	-ခွဲစိတ်ကုသခြင်း -ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း	၁ ယူနစ်မှ ၁၀ ယူနစ်	
၄	ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၂)	-ပြင်းထန်သောရောဂါကုသမှု	၁ ယူနစ်မှ ၁၀ ယူနစ်	

(အခြေခံအာမခံအကာအကွယ်နှင့် ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ် (၁) (၂) တို့ကို တွဲဖက်၍ ဝယ်ယူနိုင်သည်။ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ်များကိုသီးခြားမရောင်းပါ။ရွေးချယ်နိုင်သည့်အာမခံအကာအကွယ်များကို ဝယ်ယူထားသောအခြေခံအာမခံအကာအကွယ်ထပ်ပေါင်းယူနစ်အရေအတွက်+ ၂ အထိသာ ဝယ်ယူနိုင်သည်။)

ပရီမီယံကြေးပေးသွင်းနည်း

အစုအဖွဲ့ လစဉ်ပေး  ၃ လတစ်ကြိမ်ပေး  ၆လတစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

(Corporate Customer)

တစ်ဦးချင်း  ၆လတစ်ကြိမ်ပေး  တစ်လုံးတည်းပေး

(Individual Customer)

အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူ -----

အမည် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----

**ဖွင့်ဟကြေငြာလွှာ**

**လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ**

(၁) လွန်ခဲ့သည့် ၃ လအတွင်းဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ  မရှိ

**လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ**

(၂) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်းတွင် အောက်ပါဇယားတွင်ဖော်ပြထားသည့် ရောဂါကြောင့် ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။

နှလုံး၊ သွေးပေါင်ချိန်	သွေးတိုးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရင်ဆို့နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးသွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	နှလုံးအဆိုရှင်ရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နှလုံးခုန်နှုန်းမမှန်ခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
ဦးနှောက်	ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးကြောပိတ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပင့်ကူမြှေးအောက်သွေးသွန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဦးနှောက်သွေးလွတ်ကြောဖောင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
စိတ်၊ အာရုံကြော	စိတ်ကျရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	စိတ်ကစဉ်ကလျားရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာ ချွတ်ယွင်းခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဝက်ရူးပြန်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အရက်စွဲခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အဆုတ်	အဆုတ်ရောဂါ (တီဘီစသည်)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အစာအိမ်၊ အသည်း၊ ကျောက်ကပ်	အစာအိမ်အနာဖြစ်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	အသည်းရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	အသည်းခြောက်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ရောင်ခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ကျောက်ကပ်ယိုယွင်းရောဂါ Nephrosis	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကျောက်ကပ်ပုံမှန်အလုပ်မလုပ်ခြင်း Kidney failure	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
မျက်လုံး	အတွင်းတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရေတိမ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	မြင်လွှာရောဂါ (Retinitis pigmentosa)			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
ကင်ဆာ၊ အလုံးအကျိတ် (ကင်ဆာကင်ဆာဖြစ်သော၊ ကင်ဆာမဟုတ်သော)	ကင်ဆာနှင့်ကင်ဆာမဟုတ်သော အလုံးအကျိတ်စသည်			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အမျိုးသမီးသီးသန့်	သားအိမ်အလုံး	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	မျိုးဥအိမ်အလုံးအကျိတ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	နို့ရည်ဂလင်းရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ခွဲမွေးခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
အခြား	သွေးထဲအဆီများလွန်းခြင်း			ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ပန်းနာရင်ကျပ်	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ဆီးချိုရောဂါ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	ခါးနာခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ရိုးဆက်ရောင်ရမ်းနာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>
	လေးဘက်နာ	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>	ကိုယ်ဝန်မရခြင်း	ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ <input type="checkbox"/>

(၃) လွန်ခဲ့သော ၅ နှစ်အတွင်း ဇယားတွင်မပါရှိသောရောဂါနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာတို့ကြောင့် ခွဲစိတ် ကုသခြင်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန်စပြုသည့်နေ့မှစပြီး နောက်ဆုံးကုသမှုခံယူသည့်နေ့အထိ ၇ ရက်နှင့်အထက် ဆရာဝန်ထံမှစမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်းအပါအဝင်၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား) ရှိ  မရှိ

**ခန္ဓာကိုယ်ထိခိုက်မှု**

(၄) လက်ရှိအမြင်အာရုံထိခိုက်ခြင်း၊ လက်ချောင်းခြေချောင်းတို့တွင် ထိခိုက်ပျက်စီးမှု(သို့) လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း ချို့ယွင်းနေခြင်း၊ သို့မဟုတ် ကျောရိုးမူမမှန်ခြင်းနှင့် အခြားသော ထိခိုက်ချို့ယွင်းမှုများရှိပါသလား။ ရှိ  မရှိ

- (၁) အစိတ်အပိုင်း -
- (၂) အခြေအနေ -
- (၃) ရောဂါအခြေအနေဒီထက်ပိုဆိုးမလာတော့ဘဲတည်ငြိမ်သွားသည့်အချိန် -----နှစ် -----လ
- (၄) အကြောင်းရင်း -
- (၅) အမြင်အာရုံ - (ဘယ်)ပါ ဝါ (ညာ) ပါ ဝါ

**ဆေးစစ်ခြင်း**

(၅) လွန်ခဲ့သော ၁ နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြားသော စစ်ဆေးမှုများကိုခံယူခဲ့ပြီး၊ မူမမှန်သည့်အချက်ရှိသည်ဟုထောက်ပြခံခဲ့ရပါသလား။ ရှိ  မရှိ

- (၁) စမ်းသပ်မှုခံယူသည့်နှစ်လ -----နှစ် ----- လခန့်
- (၂) မူမမှန်သည့်အချက် -----

(၆) (၁)မှ(၅)အထိမေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် “ရှိ” ဟုဖော်ပြထားပါကအောက်တွင်အသေးစိတ်ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

- (၁) ရောဂါ၊ ထိခိုက်ဒဏ်ရာအမည် -----
- (၂) ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းအမည် -----
- (၃) လက်ရှိအခြေအနေ  
 လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး  စစ်ဆေးနေဆဲ  ကုသနေဆဲ   
 အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ  အခြား
- အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲဖြစ်ပါကဆေးခန်းသွားပြသည့်ကြိမ်နှုန်း ( လတွင် ၁ ကြိမ်)
- (၄) စမ်းသပ်ခြင်း၊ စစ်ဆေးခြင်း၊ ကုသခြင်းကာလ -----ခုနှစ်၊-----လ မှ -----ခုနှစ်၊ -----လ
- (၅) ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိကဖော်ပြရန် -----

**မိမိကိုယ်တိုင်သိရှိခံစားမိသည့်ရောဂါလက္ခဏာ**

(၇) လွန်ခဲ့သော ၆ လအတွင်းအောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများကို ၁ ပတ်ထက်ပို၍ ခံစားဖူးပါသလား။ ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း၊ ကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်း၊ ဝမ်းသွားခြင်း၊ မူးခြင်း၊ အရေပြားအနာဖြစ်ခြင်း  
 ရှိ  မရှိ

**ကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခြင်း**

(၈) လက်ရှိအချိန်အထိကင်ဆာရောဂါဖြစ်ခဲ့ဖူးပါသလား။

ရှိ  မရှိ

**ကိုယ်ဝန်**

(၉) လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့မဟုတ်ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစမှူးဝေအော့အန်ခြင်းဖြစ်နေသည်ဟုယူဆရသည့် လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့်လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။

ရှိ  မရှိ

အဖြေသည် “ရှိ” ဖြစ်ပါက လက်ရှိအချိန်တွင်ပုံမှန်ဖြစ်နေသော ကိုယ်ဝန်ဖြစ်ကြောင်း ဆရာဝန်ထံမှ ထောက်ခံစာကို တင်ပြပေးပါရန်။

**အခြား**

(၁၀) ယခု(သို့မဟုတ်)လွန်ခဲ့သော ၁၂ လအတွင်းဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် :

နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

နေ့စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် :

(၁၁) အရက်စွဲစွဲမြဲမြဲသောက်ပါသလား။

ရှိ  မရှိ

နေ့စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား :

နေ့စဉ်  တစ်ခါတစ်ရံ

တစ်နေ့လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ :

**အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ**

(၁၂) ဤအာမခံကိုအခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိခဲ့ဖူးပါက -

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -----

ပေါ်လီစီအမှတ် -----

ဝယ်ယူသည့်အာမခံအကာအကွယ် -----

ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----

အာမခံသက်တမ်း ----- မှ ----- ထိ

**ဝန်ခံချက်**

(၁၃) အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိကျန်းမာရေးအခြေအနေ အတိုင်းဖြည့်စွက်ခြင်းဖြစ်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် ----- အာမခံထားသူလက်မှတ် -----

အသိသက်သေအမည် ----- အာမခံထားသူအမည် -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ် ----- မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

နေရပ်လိပ်စာ ----- နေရပ်လိပ်စာ -----

-----

မျက်မြင်အားဖြင့်ကျန်းမာရေး

ကောင်း

မကောင်း

ရက်စွဲ၊

စစ်ဆေးသူလက်မှတ် -----

အမည် -----

ရာထူး -----