



Personal Health History 2015-16

ကျောင်းသူ/သားနာမည် _____ ကျား/မ _____ မွေးနေ့ _____ အတန်း _____

(နောက်ဆုံးနာမည်) (ပထမနာမည်)

လိင်စာ _____ ဖြိုး _____ ဇစ်ကုတ် _____

အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____ မည်သူနှင့်အတူတကွနေသည် _____

အမေနာမည် _____ အလုပ်အကိုင် _____

အဖေဖုန်းနံပါတ် _____ အလုပ်ဖုန်းနံပါတ် _____ လက်ကိုင်ဖုန်း _____

အမေနာမည် _____ အလုပ်အကိုင် _____

အဖေဖုန်းနံပါတ် _____ အလုပ်ဖုန်းနံပါတ် _____ လက်ကိုင်ဖုန်း _____

အရေးပေါ် ဆက်သွယ်ရမည့်ဖုန်းနံပါတ် နှစ်ခု နှင့် နာမည်ကိုထည့်ပေးပါ။ အိမ်သူအိမ်သားများ၏ နံပါတ်မဟုတ်ပါ။

၁။ နာမည် _____ ဖုန်း _____ တော်စပ်ပုံ _____

၂။ နာမည် _____ ဖုန်း _____ တော်စပ်ပုံ _____

သောက်ရသောဆေးများကျောင်းမှသိထားရန်

ကျွန်ုပ်ကလေး တွင်ကျောင်းကို ထိခိုက်နိုင်သည့်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပြဿနာမရှိပါ။
ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေကြောင့်လောလောဆယ် သောက်ကျသည့် ဆေးများကိုရေးချပေး ပါ။
ဆေးအမျိုးအစား _____ ဘယ်ကဲ့သို့သောက်ကျမည်(အကြိမ်) _____ အချိန် _____

အသက်အန္တရာယ်ဖြစ်အောင်မတည့်သောဆေး၊ အစာကိုပါသလား။ အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။

အစားအစာ အသက်အန္တရာယ်ပြေဆေးထိုးရသည် _____

ပျား၊ ပိတုန်းနှင့် အင်ဆက်ပိုးများ အသက်အန္တရာယ်ပြေဆေးထိုးရသည် _____

ဆေးအမျိုးမျိုး အသက်အန္တရာယ်ပြေဆေးထိုးရသည် _____

အခြားသောမတည့်သည့်အရာများ _____

ကလေးအတွက်အောက်ပါပြဿနာများရှိပါကအမှတ်ခြစ်၍မှတ်သားပေးပါ။

- အသက်အန္တရာယ်ဖြစ်နိုင်သောမတည့်သောအစားအမျိုးအစား _____
- အင်ပြင်ယာနာ ခေါင်းအင်ရောဂါခြင်း၊ခေါင်းရှုပ်ထွေးခြင်းရောဂါ
- ဖုန်းနာရင်ပြာပ် ရှုဆေးရှုရသည် အဆုတ်ရောဂါ အဆုတ်နာဂှိခဲသည်TB
- ဦးနှောက်ချွတ်ယွင်းသောရောဂါ ခေါင်းကိုက်ရောဂါ နှင့်ဆေးကောက်နေရသည်။
- ကုသ၍မကုသောအဆုတ်နာရောဂါ စိတ်နှင့်ဆိုင်သော/စိတ်ရောဂါ စိတ်ကစီမင်ဆေးလိုသည်
- ကင်ဆာအမျိုးအစား _____ သတိလစ်တက်သောရောဂါ ခိုက်ကစီမင်ဆေးလိုသည်
- သွေးမျိုးစီးမျိုးရောဂါ အမျိုးအစား:I အမျိုးအစား:II သွေးအားနည်းခြင်း ရောဂါ မျိုးရိုးလိုက်သည်။
- အခြားရောဂါများ _____

မပြုလုပ်သင့်သောလေ့ကျင့်ခန်းများရှိမရှိ ရှိ မရှိ

ရှိသည်ဆိုပါကဖော်ပြပါ _____

ကလေးတွင် ၅၀၄ (သို့) IEP ရှိပါသလား ရှိ မရှိ

ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေများကသူ/သူမ၏ အဓိကနေ့စဉ်လုပ်ကား မှ တစ်ခု(သို့) တခုထက်ပို၍ အဟန့်အတားဖြစ်ပေါ်စေသည်။

ကလေးအတွက်မိသားစုဆရာဝန် _____

ဆရာဝန်၏ဖုန်းနံပါတ် _____

ဆေးအာမခံရှိ ပုဂ္ဂလိက မက်ဒီကိတ်/HHW မရှိ

လွန်ခဲ့သောနှစ်ကကလေးသည်ဆေးကုတ်ကုသပါသလား? ဟုတ် မဟုတ်

ဘာကြောင့် _____

တဦးတည်းကျန်းမာရေးအာမခံအစီအစဉ်-
ကျန်းမာရေးအခြေအနေဖြစ်သော၊ ဂုဏ်ကြပ်ခြင်း၊ သွေးချို၊ တက် သောရောဂါနှင့် ပြင်းထန်သောအင်ပြင်ယာနာ၊ စသောရောဂါများရှိပါက၊ ဆရာဝန်၏ထောက်ခံချက်ကိုကျောင်း သို့ ပို့ပေးပါ။ ကလေး၏ကျန်းမာရေးလုံခြုံစိတ်ချရ စေရန်အတွက် ကျောင်းသူနာပြုကို အမြန်ဆုံးဆက်သွယ်၍ ပုံစံများကိုဖြည့်ပေးပါ။

ဋ္ဌာနမှဖြည့်ရန်အတွက်-

for internal use only

Care plans sent to parent for completion Date _____

Care plan's returned to school Date _____

ကျွန်ုပ်ကလေးအကြောင်းကိုသိထားခြင်းအားဖြင့်သူ့ကိုစောင့်ရှောက်နိုင်ရန်အတွက် သက်ဆိုင်ရာကျောင်းဝန်ထမ်းမှ၊ သိသင့်သိထိုက်သောကျန်းမာရေးအချက်အလက်များကို အသိပေးရန်ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။ ထိုအချက်များသည် “သိရှိရန် လိုအပ်သည့်အခြေခံအချက်အလက်များ” ဖြစ်ပြီး လျှို့ဝှက်ထားရမည့် အချက်များလဲဖြစ်သည်။ ကျောင်းမှသူနာပြုဆရာမက ကလေး၏ဆရာဝန်နှင့်ဆက်သွယ်ပြီး ကျန်းမာရေး အခြေအနေများ မေးမြန်း ခွင့် ကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဆေးသောက်ရသော ဆေးအပြောင်းအလဲရှိပါက ကျောင်းသူနာပြုဆရာမနှင့် အတန်းပိုင်ဆရာမကို အသိပေးရန် သဘောတူပါသည်။ ကျွန်ုပ် တို့ ကိုဆက်သွယ်ရန် ဖုန်း နံပါတ် နှင့် လိပ်စာ ကိုလည်းပေးထားပါမည်။ ဤသို့ ခွင့်ပြုခြင်းမှာ အောက် တွင်ဖော်ပြထားသည့်နေ့ မှတစ်နှစ် အတွင်းဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့ စာဖြင့် ယုတ်သိမ်းသည့်အချိန်အထိဖြစ်သည်။ ကျောင်း၏ စည်းမျဉ်း စည်းကမ်း အရ သင့်ကလေးတွင် အရေးပေါ်အခြေအနေ လိုအပ်ပါက မိဘများကိုအကြောင်းကြားနေစဉ်အတွင်း ရှေ့ဦးသူနာပြုနည်းဖြင့်ကူသပေးရမည်။ အလွန်လိုအပ်နေပါက ကလေးအားဆေးရုံသို့ ပို့ ရန် ဥပဒေ ကိုလည်းခေါ် ရပါမည်။

နာမည်အတိအကျရေးပေးပါမည်။

မိဘအုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် _____ နေ့ စွဲ _____