

ကိုးရီးယားလူ့အဖွဲ့အစည်း၏ အလုပ်အကိုင်နှင့် သဘာဝပတ်ဝန်းကျင်ဆိုင်ရာဆေးပညာ

အထူးကျန်းမာရေး စာမေးပွဲ ပြန်လည်တည်းဖြတ်ပြီး စာစောင်

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

※ရောဂါရာဇဝင်ဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ (လူနာ ရာဇဝင်၊ မိသားစု ရာဇဝင်)

※အောက်ပါ မေးခွန်းများကို ဖတ်ပြီး လက်ရှိအခြေအနေကို [0] ဖြင့် ဖော်ပြပါ။

၁။ သင်သည် အောက်ပါရောဂါများအနက်မှ တစ်ခုခုခံစားနေကြောင်း စစ်ဆေးခံဖူးခြင်း သို့မဟုတ် အဆိုပါ ရောဂါများအတွက် လက်ရှိတွင် ဆေးကုသမှုခံယူနေခြင်း ရှိပါသလား?

ရောဂါ	လေဖြတ်	နှလုံးရောဂါ (နှလုံးဖောက်ခြင်း/ ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း)	သွေးတိုး	ဆီးချို	သွေးထဲတွင် အဆီများခြင်း	တီဘီ	အခြား (ကင်ဆာအပါအဝင်)
ဆေးစစ်ချက်							
ဆေးကုသချက်							

၂။ သင့်မိဘများ၊ ညီအစ်ကိုများသို့မဟုတ် အစ်မ/ညီမများအနက်မှ အောက်ပါရောဂါတစ်ခုခုဖြင့် ဆုံးပါးဖူးသူ တစ်ဦးဦး ရှိပါသလား?

ရောဂါ	လေဖြတ်	နှလုံးရောဂါ (နှလုံးဖောက်ခြင်း/ ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း)	သွေးတိုး	ဆီးချို	အခြား (ကင်ဆာအပါအဝင်)
ဟုတ်ကဲ့					

၃။ သင့်မှာ အသဲရောင်အသားပါ ဘီပိုးရှိလား? ① ရှိသည် ② မရှိ ③ မသိပါ

※ ဆေးလိပ်သောက်ခြင်း

၄။ အောက်ပါတို့ကို ဖတ်ပြီး သင့်လက်ရှိအခြေအနေကို ဖော်ပြပါ။

၄-၁။ သင့်ဘဝတလျှောက်လုံး စီးကရက် ၅ဘူး (၁၀၀လိပ်) ထက် ပိုသောက်ဖူးပါသလား?

- ① မသောက်ဖူးပါ။ (☑ မေးခွန်း ၅သို့ သွားပါ)
- ② သောက်ဖူးပါသည်။ သို့သော် ယခု ဖြတ်လိုက်ပြီ။ (☑ မေးခွန်း ၄-၂ သို့ သွားပါ)
- ③ သောက်ဖူးပါသည်။ ဆက်သောက်နေဆဲလည်း ဖြစ်သည်။ (☑ မေးခွန်း ၄-၃ သို့ သွားပါ)

၄-၂။ သင် အတိတ်ကာလတွင် ဆေးလိပ်သောက်ခဲ့ပြီး ထို့နောက် ဆေးလိပ်ဖြတ်ခဲ့လျှင်:

ဆေးလိပ်မဖြတ်ခင် ဘယ်နှစ်နှစ် သင်ဆေးလိပ်သောက်ခဲ့လဲ?	စုစုပေါင်း _____ နှစ်များ
ဆေးလိပ်မဖြတ်ခင် တစ်ရက်ကိုစီးကရက် ဘယ်နှစ်လိပ်သောက်ခဲ့လဲ?	_____ စီးကရက်

၄-၃။ သင်ဆေးလိပ် သောက်နေဆဲဖြစ်လျှင်

ဆေးလိပ်သောက်သည့် နှစ်ပေါင်းမည်မျှရှိပြီနည်း?	စုစုပေါင်း _____ နှစ်များ
ပျမ်းမျှ တစ်ရက်လျှင် စီးကရက် ဘယ်နှစ်လိပ်သောက်လဲ?	_____ စီးကရက်

※ အရက်

၅။ အောက်ပါတို့ကိုဖတ်ပြီး သင့်လက်ရှိအခြေအနေကို ဖော်ပြပါ။

၅-၁။ တစ်ပတ်ကို ဘယ်နှစ်ကြိမ်သောက်လဲ?

- ၀ ၁ ၂ ၃ ၄ ၅ ၆ ၇

၅-၂။ သောက်သုံးသည့်အခါတွင် တစ်ရက်လျှင် မည်မျှသောက်ပါသလဲ? (※အရက်အမျိုးအစားကို မထည့်စဉ်းစားပါနှင့်) (နှစ်ခွက်)

※ ကိုယ်လက် လှုပ်ရှားမှု (လေ့ကျင့်ခန်း)

၆။ အောက်ပါမေးခွန်းများဖတ်ပြီးနောက် လွန်ခဲ့သော အပတ်ကပြုလုပ်ခဲ့သည့် လှုပ်ရှားမှုများကို '✓' အမှတ်အသားဖြင့် ဖော်ပြပါ။

၆-၁။ လွန်ခဲ့သည့်အပတ်က သင့်ကို မိနစ် ၂၀ ထက်ကျော်လွန်ပြီး ပုံမှန်ထက်ပို၍ အသက်ပြင်းပြင်းရှူရစေသည့် ပြင်းထန်သော ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှုများကို သင်ဘယ်နှစ်ရက်ပြုလုပ်ခဲ့လဲ (ဥပမာ: အပြေးအေရိုးဘစ်၊ စက်ဘီးအမြန်စီး၊ တောင်တက် စသည်ဖြင့်)?

- ၀ ၁ ၂ ၃ ၄ ၅ ၆ ၇

၆-၂။ လွန်ခဲ့သည့်အပတ်က သင့်ကို မိနစ် ၃၀ ထက်ကျော်လွန်ပြီး ပုံမှန်ထက်ပို၍ အသက်အနည်းငယ် ပြင်းပြင်းရှူရသည့် အလယ်အလတ်-အဆင့်ရှိ ကိုယ်လက် လှုပ်ရှားမှုများကို သင်ဘယ်နှစ်ရက်ပြုလုပ်ခဲ့လဲ (ဥပမာ: လမ်းမြန်မြန်လျှောက်ခြင်း၊ စက်ဘီးပုံမှန်စီးခြင်း၊ ကြမ်းပြင်တိုက်ခြင်း)?

※အဖြေ ၆-၁ နှင့်သက်ဆိုင်သော ကိုယ်လက် လှုပ်ရှားမှု မပါပါ။

- ၀ ၁ ၂ ၃ ၄ ၅ ၆ ၇

၆-၃။ တခါလျှောက်လျှင် ၁၀မိနစ် အနည်းဆုံးနှင့် လွန်ခဲ့သည့်အပတ်က မိနစ် ၃၀ ထက်ပိုပြီး ရက်ပေါင်းမည်မျှ လမ်းလျှောက်ခဲ့ပါသနည်း။ (ဥပမာ: ပေါ့ပေါ့ပါးပါး လေ့ကျင့်ခန်း၊ အလုပ်သို့ အသွားအပြန် လမ်းလျှောက်ခြင်းအပါအဝင် သို့မဟုတ် အားလပ်ချိန်အတွက်)?

※အဖြေ ၆-၁၊ ၆-၂ နှင့်သက်ဆိုင်သော ကိုယ်ပိုင်းဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှု မပါပါ။

- ၀ ၁ ၂ ၃ ၄ ၅ ၆ ၇

※ခန္ဓာကိုယ်အစိတ်အပိုင်းများဆိုင်ရာ ရောဂါလက္ခဏာများအကြောင်း မေးခွန်းများ

၇။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်းလက္ခဏာများနှင့်ခံစားရလျှင် အဖြေပေးပါ။

ကိုယ်ခန္ဓာအစိတ်အပိုင်း	လက္ခဏာ	ပြင်းထန်မှု		
		အမြင့်	အလယ်	မရှိ
အထွေထွေ	ခံတွင်းပျက်ခြင်းနှင့် အလေးချိန်ကျဆင်းခြင်း			
	မကြာခဏ မောပန်းနွမ်းနယ်မှု ခံစားရခြင်း			
	ကိုယ်ခန္ဓာတွင်း အကျိတ်အခဲများစမ်းမိခြင်း			
အရေပြား	ယားယံခြင်းနှင့် ရောင်ယမ်းခြင်း			
	အရေပြားတွင် အင်ပြင်ထခြင်း			
	ဆံပင်၊လက်သည်း သို့မဟုတ် ခြေသည်းများ တွင် အပြောင်းအလဲဖြစ်ခြင်း			
	အရေပြားကြမ်းလာပြီး အက်ကွဲခြင်း			
မျက်လုံး	မျက်လုံးများ ယားယံပြီး မျက်ရည် မကြာခဏကျခြင်း			
	အမြင်အာရုံချို့ယွင်းလာခြင်း			
	မျက်လုံးများနီခြင်း သို့မဟုတ် နာလာခြင်း			
နား	ကောင်းကောင်းမကြားရခြင်း			
	နားထဲတွင် အသံမြည်ခြင်း			
နှာခေါင်း	မကြာခဏ နှာခေါင်း သွေးယိုခြင်း			
	နှာရည်ယိုခြင်း သို့မဟုတ် နှာပိတ်ခြင်း			
	အနံ့ခံခက်ခဲခြင်း			
ပါးစပ်	သွေးယိုခြင်းနှင့်သွားဖုံးရောင်ခြင်း			
	အရသာခံရခက်ခဲခြင်း			
အစာခြေစနစ်	အစာအိမ်ထိုးအောင့်မှုခံစားရခြင်း			
	ပါးစပ်ထဲတွင် ဖန်ကပ်ကပ်အရသာခံစားရခြင်း			
	ဝမ်းချုပ်ခြင်း			
နှလုံးသွေးကြော/အသက်ရှူလမ်းကြောင်း	လမ်းလျှောက်နေစဉ် ရင်ထဲတလှုပ်လှုပ်ဖြစ်ခြင်း			
	အလုပ်လုပ်စဉ်ချောင်းဆိုးခြင်းနှင့် အသက်ရှူမဝခြင်း			
	ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း			
	အိပ်ရာနိုးချိန်တွင် ချောင်းဆိုးခြင်းသို့မဟုတ် ချွေထခြင်း			
	အားလပ်ရက်ပြီးနောက်လုပ်ငန်းခွင်ပြန်လည်ဝင်ရောက်ချိန်တွင်ချောင်းဆိုးခြင်း			
ကျောရိုး/ခြေလက်များ	လက်မောင်း၊ ခြေထောက်များ နှင့် ပခုံးများ ကိုက်ခြင်း			
	ခြေနှင့်လက်များတုန်ခါခြင်းသို့မဟုတ် အားနည်းခြင်း			
	လက်နှင့်ခြေများ ထုံကျင်ခြင်း			
	အေးချိန်တွင် လက်ချောင်းများ ဖြူဖျော့လာခြင်း			
	ကျောနာခြင်း			

ကိုယ်ခန္ဓာအစိတ်အပိုင်း	လက္ခဏာ	ပြင်းထန်မှု		
		အမြင့်	အလယ်	မရှိ
စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ/ အာရုံကြောစနစ်	ခေါင်းကိုက်ခြင်း			
	မူးဝေခြင်း			
	မှတ်ဉာဏ်ယိုယွင်းလာခြင်းနှင့် မေ့တတ်ခြင်း			
	ပူပန်သောကမ္ဘာများခြင်းနှင့် အနားမရခြင်း			
	ဦးခေါင်းထုံကျင်ခြင်း သို့မဟုတ် အရက်မူးသကဲ့သို့ ခံစားရခြင်း			
	အာရုံစိုက်ရန် ခက်ခဲခြင်း			
ဆီးသွားခြင်း/ မျိုးပွားအင်္ဂါ	ဆီးသွားရန် ခက်ခဲခြင်း			
	ကိုယ်ခန္ဓာ ရောင်ရမ်းခြင်း			
	ရာသီသွေးမမှန်ခြင်း			
	ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျဖူးခြင်း			

အခြားလက္ခဏာတစ်ခုခု ခံစားရဖူးခြင်းရှိလျှင်လည်း အောက်ပါကွက်လပ်တွင် ကျေးဇူးပြု၍ ၎င်းတို့ကိုဖော်ပြပါ။

- * အလုပ်ချိန်တွင် ကျန်းမာရေးပြဿနာများ(ကိုယ်လက်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ) ကြုံတွေ့ဖူးပါသလား? ဟုတ်ကဲ့ မဟုတ်ပါ
- * အလုပ်တွင် သင်ထိတွေ့ကိုယ်တွယ်ရသော ပစ္စည်းများကြောင့် သင့်တွင် ကျန်းမာရေးပြဿနာ ဖြစ်သည်ဟု သင်ထင်မြင်ပါသလား? ဟုတ်ကဲ့ မဟုတ်ပါ

ဆရာဝန်၏ မှတ်ချက်များ	
----------------------	--

ညဆိုင်း- အတွေ့အကြုံ အကဲဖြတ်မှု

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

<p>၁။ ညဆိုင်းပါဝင်သောအလုပ်ဆိုင်းကို သင်ဘယ်နှစ်နှစ်လုပ်ကိုင်ခဲ့လဲ?</p> <p><input type="checkbox"/> ၅နှစ်အောက် <input type="checkbox"/> ၅-၉နှစ် <input type="checkbox"/> ၁၀-၁၄ နှစ် <input type="checkbox"/> ၁၅-၁၉ နှစ် <input type="checkbox"/> ၂၀ နှစ်အထက် <input type="checkbox"/> မသက်ဆိုင်ပါ</p> <p>၂။ သင့်လက်ရှိအလုပ်အကိုင်မှာ သင့်အလုပ်အစီအစဉ်ကိုကျေးဇူးပြု၍ ညွှန်ပြပါ။</p> <p><input type="checkbox"/> ၃ဆိုင်း <input type="checkbox"/> ၂ဆိုင်း <input type="checkbox"/> တစ်ရက်ခြား (၂၄ နာရီ ဆိုင်း) <input type="checkbox"/> ညဆိုင်းသာ <input type="checkbox"/> အခြား (ပုံမှန်၊ စသည်ဖြင့်)</p> <p>၃။ သင့်အလုပ်ဆိုင်းသည် ပုံမှန်အတိုင်း တွက်ချက်ထားသည်လား?</p> <p><input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် (၃-၁သို့သွားပါ) <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ (၄-၁သို့သွားပါ)</p> <p>၃-၁။ သင့်အလုပ်သည် မနက်ဆိုင်း → ညနေဆိုင်း → ညဆိုင်းသို့ အစဉ်လိုက်ပြောင်းသလား?</p> <p><input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ</p> <p>၄။ အိမ်မပြန်ခင်နှင့် အလုပ်ပြီးချိန်အတွင်း သင့်မှာဘယ်နှစ်နာရီရှိလဲ?</p> <p><input type="checkbox"/> ၁၁ နာရီထက်ပို <input type="checkbox"/> ၁၁နာရီ အောက်</p> <p>၅။ လွန်ခဲ့သော နှစ်အတွင်းပျမ်းမျှညဆိုင်းဆက်တိုက်ဘယ်နှစ်ရက်လုပ်ခဲ့လဲ?</p> <p><input type="checkbox"/> ညဆိုင်းဆက်တိုက်မရှိပါ <input type="checkbox"/> ၂ရက် <input type="checkbox"/> ၃ရက် <input type="checkbox"/> ၄ရက် <input type="checkbox"/> ၅ရက်နှင့်အထက်</p> <p>၆။ နေ့ဆိုင်းနှင့်ယှဉ်လျှင် ညဆိုင်းအတွက် အလုပ်ပမာဏနှင့်နားချိန်ဘယ်ဆိုင်းကများလဲ?</p> <p>၁) အလုပ်ပမာဏ: နေ့ဆိုင်းနှင့်ယှဉ်လျှင် <input type="checkbox"/> ညီတူညီမျှ <input type="checkbox"/> လျော့သည် <input type="checkbox"/> ပိုသည်</p> <p>၂) နားချိန်: နေ့ဆိုင်းနှင့်ယှဉ်လျှင် <input type="checkbox"/> ညီတူညီမျှ <input type="checkbox"/> လျော့သည် <input type="checkbox"/> ပိုသည်</p> <p>၇။ ညဆိုင်းတွင် သင်တစ်ဦးတည်းလုပ်သလား?</p> <p><input type="checkbox"/> ဟုတ်သည် <input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ</p> <p>၈။ ညဆိုင်းအတွင်းအောက်ပါတို့ကို ခွင့်ပြုပါသလား?</p>

ညဆိုင်းအတွင်းအိပ်စက်ခြင်း	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
နားနေဧရိယာ	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
ထမင်းစားချိန်/မုန့်စားချိန်	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ
သင့်ညဆိုင်းအချိန်ဇယားကိုညှိခြင်း	<input type="checkbox"/> ဟုတ်သည်	<input type="checkbox"/> မဟုတ်ပါ

၉။ ပျမ်းမျှတစ်ပတ်လျှင် သင်ဘယ်နှစ်နာရီ အလုပ်လုပ်သလဲ?

- ၄၀ နာရီအောက် ၄၀ နာရီ ၄၁-၅၅ နာရီ ၅၂-၅၉ နာရီ ၆၀ နာရီနှင့်အထက်

ညဆိုင်း- အိပ်ရေးပျက်ခြင်း (အိပ်လို့မရခြင်း အညွှန်း)

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

[Empty rectangular box for past illness details]

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁-၃။ လွန်ခဲ့သော ၂ပတ်ကျော်အတွင်း အောက်ပါပြဿနာများ၏ လေးနက်မှုကိုကျေးဇူးပြု၍ ညွှန်ပြပါ။

	မရှိပါ	အနိမ့်	အလယ်	အမြင့်	အလွန်မြင့်
၁။ အိပ်ပျော်ရန် ခက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၂။ အိပ်မောကျရန် ခက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၃။ လွယ်လွယ်နိုးခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

၄။ သင့်လက်ရှိအိပ်ချိန်ပုံစံကို သင်ဘယ်လောက်ကျေနပ်မှုရှိလဲ?

အလွန်ကျေနပ်သည် ကျေနပ်သည် ပုံမှန် မကျေနပ်ပါ အလွန်မကျေနပ်ပါ

၅။ နေ့စဉ်မှာ သင့်အိပ်ရေးပျက်ခြင်းက သင့်အလုပ်ကိုဘယ်လောက် အနှောင့်အယှက်ဖြစ်သည်ဟု သင်ထင်မြင်လဲ? (နေ့အချိန်တွင်း မောပန်းခြင်း; အိမ်သို့မဟုတ် ရုံးမှာ အလုပ်လုပ်ချိန်တွင်း စွမ်းဆောင်နိုင်မှု၊ အာရုံစိုက်မှု၊ မှတ်ဉာဏ်၊စိတ်အနေအထား)

လုံးဝမဖြစ်ပါ နည်းနည်းဖြစ်သည် တချို့တဝက်ဖြစ်သည် တော်တော်ဖြစ်သည် အလွန်ဖြစ်သည်

၆။ သင့်အိပ်မရသောပြဿနာများကြောင့်သင့်ဘဝအရည်အသွေးကျဆင်းသည်ဟုလူများပြောကျလား?

လုံးဝမဖြစ်ပါ နည်းနည်းဖြစ်သည် တချို့တဝက်ဖြစ်သည် တော်တော်ဖြစ်သည် အလွန်ဖြစ်သည်

၇။ သင့်လက်ရှိ အိပ်မရသောပြဿနာများကိုသင်ဘယ်လောက်စိုးရိမ်မှုဖြစ်လဲ?

လုံးဝမဖြစ်ပါ နည်းနည်းဖြစ်သည် တချို့တဝက်ဖြစ်သည် တော်တော်ဖြစ်သည် အလွန်ဖြစ်သည်

ညဆိုင်း- အိပ်ရေးပျက်ခြင်း (နေ့အချိန် အိပ်စက်ခြင်း)

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

	လုံးဝအိပ်ငိုက် ပါ	နည်းနည်းအိပ်ငိုက်သည်	အိပ်ငိုက်သည်	အလွန်အိပ်ငိုက် သည်
၁။ ထိုင်ပြီးစာဖတ်ချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၂။ တီဗီကြည့်ချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၃။ ရုပ်ရှင်ရုံ သို့မဟုတ် အစည်းအဝေးကဲ့သို့ လူစုလူဝေးနေရာများတွင်ညိမ်ညိမ် ထိုင်နေချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၄။ တစ်နာရီလောက် တက္ကစီ သို့မဟုတ် ဘစ်ကားစီးချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၅။ နေ့ခင်းတွင်သက်တောင့် သက်သာ လှဲလှောင်းချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၆။ ထိုင်ပြီးတစ်ဦးဦးကို စကားပြောချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၇။ နေ့လည်စာစားပြီးနောက်ညိမ်သက်စွာ လှဲလှောင်းချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
၈။ ယာဉ်ကြောကြောင့်မိနစ် အနည်းငယ်ကား မောင်းပြီးရပ်နားချိန်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

ညဆိုင်း- အိပ်ရေးပျက်ခြင်း (အိပ်စက်ခြင်းအရည်အသွေး)

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

[Empty rectangular box for past medical history]

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁-၄။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း ညဆိုင်းအတွင်းအိပ်စက်ခြင်း အကြောင်းမေးခွန်းများကိုကျေးဇူးပြု၍ ဖြေဆိုပါ။

- ၁။ ဘယ်အချိန်အိပ်ရာဝင်လဲ? () နာရီ () မိနစ်
- ၂။ အိပ်ပျော်သွားရန် ဘယ်လောက်ကြာသလဲ? () နာရီ () မိနစ်
- ၃။ ဘယ်အချိန်အိပ်ရာမှန်းလဲ? () နာရီ () မိနစ်
- ၄။ အမှန်တကယ်အိပ်ချိန်ဘယ်နှစ်နာရီရလဲ? () နာရီ () မိနစ်

၅။ အောက်ပါအကြောင်းပြချက်များကြောင့် သင်အိပ်ပျော်သွားရန် ခက်ခဲခြင်းဘယ်နှစ်ကြိမ်ရှိလဲ?

	မရှိပါ	တပတ်၁ခါအောက်	တပတ် ၁-၂ ခါ	တပတ် ၃ခါနှင့်အထက်
မိနစ်၃၀အတွင်း မအိပ်ပျော်နိုင်ပါ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ညအချိန်တွင်းနိုးထခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အိမ်သာသွားရန်နိုးထခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
လှဲလှောင်းချိန်တွင်းအသက်ရှူရန် ခက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ချောင်းကျယ်ကျယ်ဆိုးခြင်းသို့မဟုတ် ဟောက်ခြင်းကြောင့်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အလွန်အေးသည်လို့ ခံစားရသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အလွန်ပူသည်လို့ ခံစားရသည်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အိပ်မက်ဆိုးသို့မဟုတ်နှစ်လို့ဖွယ် မကောင်းသော အိပ်မက်ကြောင့်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
နာကျင်မှုကြောင့်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အခြားအကြောင်းပြချက်များ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

၆။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း သင့်အိပ်စက်ခြင်း၏အရည်အသွေးကို ဘယ်လိုသတ်မှတ်လဲ?

- အလွန်ကောင်းသည်
- ပျမ်းမျှကောင်းသည်
- ပျမ်းမျှသုံသည်
- အလွန်ညံ့သည်

၇။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း အိပ်ပျော်သွားရန် ဆေး(အိပ်ဆေး)ဘယ်နှစ်ကြိမ်သောက်လဲ?

- မရှိပါ
- တပတ်ခါအောက်
- တပတ် ၁-၂ ခါ
- တပတ် ၃ခါနှင့်အထက်

၈။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်း လူမှုရေးလှုပ်ရှားမှုများမှပါဝင်ချိန်သို့မဟုတ် ကားမောင်းစဉ်၊ စားသောက်ချိန်စဉ်တွင်း နှိုးကြားနေရန် ဘယ်လောက်ရှုန်းကန်ရလဲ?

- မရှိပါ
- တပတ်ခါအောက်
- တပတ် ၁-၂ ခါ
- တပတ် ၃ခါနှင့်အထက်

၉။ လွန်ခဲ့သောလအတွင်းသင့်အလုပ်ပြီးရန် ဘယ်လောက်ခက်လဲ?

- လုံးဝမခက်ပါ
- မခက်ပါ
- နည်းနည်းခက်သည်
- အလွန်ခက်သည်

ညဆိုင်း- လေထိုးလေအောင့်ရောဂါများ

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဖိဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း၊ အစားအစာအဝစားပြီးနောက်ဘယ်နှစ်ခါလောက် သက်တောင့်သက်သာမရှိလဲ?

- လုံးဝမရှိပါ
- တစ်လမှာ တစ်ရက်အောက်
- တစ်လမှာတစ်ရက်
- တစ်လမှာ ၂-၃ရက်
- တပတ်တစ်ခါ
- တစ်ရက် ၂ခါနှင့်အထက်
- နေ့တိုင်းလိုလို

၂။ အစားအစာအဝစားပြီးနောက် သက်တောင့်သက်သာမရှိခြင်းသည်လွန်ခဲ့သောလကဖြစ်ခဲ့တာလား?

- မဟုတ်ပါ
- ဟုတ်သည်

၃။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း အစားအစာကိုမစားနိုင်တာဘယ်နှစ်ခါလောက်ဖြစ်လဲ?

- လုံးဝမရှိပါ
- တစ်လမှာ တစ်ရက်အောက်
- တစ်လမှာတစ်ရက်
- တစ်လမှာ ၂-၃ရက်
- တပတ်တစ်ခါ
- တစ်ရက် ၂ခါနှင့်အထက်
- နေ့တိုင်းလိုလို

၄။ အစားအစာကိုမစားနိုင်သော လက္ခဏာ လွန်ခဲ့သောလကဖြစ်ခဲ့တာလား?

- မဟုတ်ပါ
- ဟုတ်သည်

၅။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း အစာအိမ် အလယ်မှာနာခြင်း သို့မဟုတ် လောင်ကျွမ်းနေသလို ခံစားရခြင်း (သင့်ရင်ဘတ်မဟုတ်ပါသို့သော် သင့်ချက်အထက်) ဘယ်နှစ်ခါလောက်ဖြစ်လဲ?

- လုံးဝမရှိပါ တစ်လမှာ တစ်ရက်အောက် တစ်လမှာတစ်ရက် တစ်လမှာ ၂-၃ရက်
- တပတ်တစ်ခါ တစ်ရက် ၂ခါနှင့်အထက် နေ့တိုင်းလိုလို

၆။ အစာအိမ် အလယ်မှာနာခြင်း သို့မဟုတ် လောင်ကျွမ်းနေသလို ခံစားရခြင်း လွန်ခဲ့သောလက စဖြစ်ခဲ့တာလား?

- မဟုတ်ပါ ဟုတ်သည်

ညဆိုင်း- ရင်သားကင်ဆာ

ကုမ္ပဏီ:

အမည်:

*အတိတ်ကာတွင် သင်ရှိခဲ့သော ရောဂါတစ်ခုခုကို ကျေးဇူးပြု၍ရေးချပါ။

[Empty rectangular box for past illness details]

*အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖတ်ပြီးနောက် အသင့်တော်ဆုံးအဖြေကို ဗီဖြင့်ညွှန်ပြပါ။

၁။ လွန်ခဲ့သောနှစ်အတွင်းရင်သားကင်ဆာအတွက် သင်ကိုယ်တိုင်ရောဂါစစ်ဆေးခြင်း ဘယ်နှစ်လုပ်သလဲ?

ဘယ်တော့မှ မလုပ်ပါ ၆လတစ်ခါအောက် ၃-၆လတိုင်း တစ်ခါ

၁-၂လတိုင်း တစ်ခါ တစ်လ ၂ခါနှင့်အထက်

၂။ သင့်လက်ရှိလက္ခဏာများအားလုံးကို ညွှန်ပြပါ။

ကျွန်မရင်သားမှာ အလုံးစမ်းမိခြင်း

သားမြတ်ခေါင်းမှအရည်စီးကျခြင်း

ကျွန်မ၏ သားမြတ်ခေါင်းအက်ကွဲခြင်းသို့မဟုတ်ရုံတွဲခြင်း

လက္ခဏာမရှိပါ

၃။ လွန်ခဲ့သောနှစ်အတွင်း ရင်သား X-ရေး သို့မဟုတ် ဓါတ်မှန်ရိုက်ကြည့်ဘူးလား?

မဟုတ်ပါ ဟုတ်သည်