

**ကျမ်းမာရေး မေးခွန်းပုံစံ - လူကြီးများအတွက်**

(ကြေးဇူးပြု၍ သက်ဆိုင်သည်ကိုရွေးချယ်ပြီး၊ ဆရာဝန်ထံပေးပါ)

မိမိအချက်အလက်များ၊ ZAB-ID အပါအဝင်

ရက်စွဲ .....

ကျား  မ  နိုင်ငံသား .....

ကိုယ်ဝန် ..... လ

တစ်ဦးချင်း  မိသားစု

- |   |                                     |                                  |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| ၁. သင်မကျမ်းမမာဖြစ်နေပါသလား?                                      | မှန်သည်... <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၂. သင်ဆေးသောက်နေပါသလား?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၃. သင်ကာကွယ်ဆေးထိုးထားပါသလား?                                     | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၄. သင်တီဘီရောဂါအတွက်အရေပြားစစ်ဆေးခဲ့ဘူးပါသလား?                    | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၅. သင့်မှာကူးစက်ရောဂါရှိနေပါသလား/ရှိခဲ့ဘူးပါသလား?                 | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| တီဘီ?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| အသဲရောင်ရောဂါ?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| အိပ်(ချပ်)အိုင်ဗီ?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ရေကျောက်/ကျောက်ဖြူရောဂါ?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဝက်သက်ရောဂါ?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဂျိုက်သိုး?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဆုံဆုံ.နာ?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဆစ်ဖလစ် (Lues)?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| အခြားလိင်မှတဆင့်ကူးစက်သောရောဂါများ?                               | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| တိုက်ဖျိုက်၊ အူရောင်ငန်းဖျား?                                     | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ကာလဝမ်းရောဂါ?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၆. သင်နာကျင်မှုရှိပါသလား?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၇. လွန်ခဲ့သည်. ၆ ပတ်အတွင်းသင်အဖျားရှိပါသလား/ရှိခဲ့ပါသလား?         | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၈. သင့်မှာအပြင်းအထန်ချောင်းဆိုးနေပါသလား?                          | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၉. သင့်မှာနာဖျားမကျန်းမမာခြင်း၊ အော့အန်ခြင်းရှိပါသလား?            | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၁၀. သင့်မှာဝမ်းဗိုက်ကြွက်တက်ခြင်းသို့မဟုတ်ဝမ်းသွားခြင်းရှိပါသလား? | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၁၁. သင့်မှာဝမ်းသွားလျှင်သွေးပါသလား?                               | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၁၂. သင့်မှာဆီးသွားလျှင်နာကျင်ပါသလား?                              | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၁၃. သင့်မှာအရေပြားအပူအပိန်.ရှိပါသလား?                             | မှန်သည် <input type="checkbox"/>    | မှားသည် <input type="checkbox"/> |

.....  
လက်မှတ်

.....  
ဆရာဝန်လက်မှတ်

ဆရာဝန်မှတ်ချက်  
.....

**ကျမ်းမာရေး မေးခွန်းပုံစံ - ကလေးများအတွက်**

(ကြေးဇူးပြု၍ သက်ဆိုင်သည်ကိုရွေးချယ်ပြီး၊ ဆရာဝန်ထံပေးပါ)  
မိမိအချက်အလက်များ၊ ZAB-ID အပါအဝင်

ရက်စွဲ .....

ကျား  မ  နိုင်ငံသား .....

အသက် .....

- |  |                                  |                                  |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| ၁. သင်၏ကလေးမကျမ်းမမာဖြစ်နေပါသလား?                          | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၂. သင်၏ကလေးဆေးသောက်နေပါသလား?                               | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၃. သင်၏ကလေးကာကွယ်ဆေးထိုးထားပါသလား?                         | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၄. သင်၏ကလေးတီဘီရောဂါအတွက်အရေပြားစစ်ဆေးခဲ့ဘူးပါသလား?        | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၅. သင်၏ကလေးမှာကူးစက်ရောဂါရှိနေပါသလား/ရှိခဲ့ဘူးပါသလား?      | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| တီဘီ?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| အသဲရောင်ရောဂါ?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ရေကျောက်/ကျောက်ဖြူရောဂါ?                                   | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ပါးချိတ်ရောင်နာ?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဝက်သက်ရောဂါ?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဂျှိတ်သိုး?  | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ဆုံဆို.နာ?   | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၆. သင်၏ကလေးနာကျင်မှုရှိပါသလား?                             | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၇. သင်၏ကလေးအဖျားရှိပါသလား?                                 | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၈. သင်၏ကလေးမှာအပြင်းအထန်ချောင်းဆိုးနေပါသလား?               | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၉. သင်၏ကလေးမှာနာဖျားမကျန်းမမာခြင်း၊ အော့အန်ခြင်းရှိပါသလား? | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၁၀. သင်၏ကလေးဝမ်းဗိုက်ကြွက်တက်ခြင်း/ဝမ်းသွားခြင်းရှိပါသလား? | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |
| ၁၁. သင်၏ကလေးမှာအရေပြားအပူအပိန်.ရှိပါသလား?                  | မှန်သည် <input type="checkbox"/> | မှားသည် <input type="checkbox"/> |

.....  
လက်မှတ်

.....  
ဆရာဝန်လက်မှတ်

ဆရာဝန်မှတ်ချက်  
.....