



ဘာသာရေး သက်ဝင် ယုံကြည်မှု အရ မွေးကင်းစကလေး
စစ်ဆေးရေးအစီအစဉ်မှ ကင်းလွတ်ခွင့်လျှောက်လွှာ

ပြည်နယ်ဖောင်ပုံစံ 54102-B (R5 / 8-26)
အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန

စာရွက်စာတမ်းများကို ဤနေရာတွင် ပူးတွဲပါ
သို့မဟုတ် အချက်အလက်များကို

ကျွန်ုပ်သည် အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးခြင်းအစီအစဉ်အကြောင်းကို သိရှိပြီး
ထိုစစ်ဆေးမှုနှင့်ပတ်သက်၍ ဥပဒေအရ သိထားရန်လိုအပ်သော သတင်းအချက်အလက်များကို
လက်ခံဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် ကျွန်ုပ်၏ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှုအရ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအပေါ်တွင်
အောက်ပါစစ်ဆေးမှုများကို မပြုလုပ်ရန် ရွေးချယ်ပါသည်။

- ☐ အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်း (အကြားအာရုံဆုံးရှုံးမှုများအတွက်)*အကယ်၍ အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်း တစ်ခုကိုသာ ပြုလုပ်ရန်
ငြင်းဆန်ခြင်းဖြစ်ပါက အချက်အလက် အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်ထားသော ကင်းလွတ်ခွင့်လျှောက်လွှာကို 317-925-2888 သို့ ဖက်စ်ဖြင့်ပို့ပါ။
- ☐ မွေးကင်းစကလေး ခြေဖနောင့်သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်း(ရှားပါးမျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာအခြေအနေ ၅၀ ကျော်အတွက်)
- ☐ Oximeter အသုံးပြု၍ သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင်နှင့် နှလုံးခုန်နှုန်း တိုင်းတာခြင်း(အရေးပေါ်မွေးရာပါ နှလုံးရောဂါအတွက်)
- မွေးကင်းစကလေး၏ ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်- _____ မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ: ____/____/____
- မွေးကင်းစကလေး ၏ လိင်: အမျိုးသမီး ☐ အမျိုးသား- ☐
- မိခင်၏ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်- _____ မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ- ____/____/____
- မွေးဖွားရာဌာန/သားဖွားဆရာမ(ry)- _____

မိဘလက်မှတ်

ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)

သက်သေခံလက်မှတ်

ရက်စွဲ(လ/ရက်/နှစ်)

အကယ်၍ မွေးကင်းစကလေး ခြေဖနောင့် သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်းကို ပြုလုပ်ရန်ငြင်းဆန်သော်လည်း Oximeter အသုံးပြု၍
သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင်နှင့် နှလုံးခုန်နှုန်း တိုင်းတာခြင်းနှင့် အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်ခဲ့ပါက ဤကင်းလွတ်ခွင့်လျှောက်လွှာကို
IDOH သို့ပြန်လည်မပို့မီ စစ်ဆေးမှုအဖြေရလဒ်များကို အောက်ပါကွက်လပ်တွင် ဖြည့်ပါ။

အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်း
တိုင်းတာခြင်း

Oximeter အသုံးပြု၍ သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင်နှင့် နှလုံးခုန်နှုန်း

