

အစီအစဉ်/လှုပ်ရှားမှုကိုထောက်ပံ့သော ဂိုဏ်းချုပ်သာသနာ့အဖွဲ့အစည်း၏အမည် / လိပ်စာ _____

ROMAN CATHOLIC DIOCESE OF OWENSBORO, 600 Locust St., Owensboro, KY 42301

လူငယ်များအတွက် အရေးပေါ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာထုတ်ပြန်မှုနှင့် ကျန်းမာရေးသတင်းအချက်အလက်

(မိဘ/အုပ်ထိန်းသူသည် ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီး အချက်အလက်မှန်ကန်မှုအတွက် တာဝန်ရှိသည်။ မူရင်းပုံစံကို စီရင်စုနယ် (သို့) ကျောင်းရှိဖိုင်တွင် သိမ်းထားသည်။ နေ့ချင်းညချင်း သို့မဟုတ် ပြင်ပဖြစ်ရပ်များအတွက် မိတ္တူကို အလွယ်တကူရရှိနိုင်ရမည်။)

လူငယ်ပါဝင်သူအမည် _____ ခေါ် ခံရဖို့ကြိုက်နှစ်သက်နာမည် _____

ကျား မ မွေးရက် ____/____/____ ကျောင်း / အတန်း _____

လိပ်စာ _____ ဖုန်း _____

ဖခင် (သို့မဟုတ်) တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ နာမည် _____

အိမ်လိပ်စာ (လမ်း၊ မြို့၊ စာပို့သင်္ကေတ) _____

အိမ်ဖုန်း _____ အလုပ် / ကိုယ်ပိုင်ဖုန်း _____ အီးမေးလ် _____

ဦးစားပေး ဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်း ဖုန်းဆက် ဖုန်းစာပို့ပါ အီးမေးလ်

မိခင် (သို့မဟုတ်) တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ နာမည် _____

အိမ်လိပ်စာ (လမ်း၊ မြို့၊ စာပို့သင်္ကေတ) _____

အိမ်ဖုန်း _____ အလုပ် / ကိုယ်ပိုင်ဖုန်း _____ အီးမေးလ် _____

ဦးစားပေး ဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်း ဖုန်းဆက် ဖုန်းစာပို့ပါ အီးမေးလ်

အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် ကျေးဇူးပြု၍ အကြောင်းကြားပါ (အမည် / ဖုန်း #) _____

အထက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်အား ဆက်သွယ်၍ မရပါက ကျေးဇူးပြု၍ အကြောင်းကြားပါ (အမည်/ဖုန်း#) _____

တရားရုံးအမိန့်ဖြင့် တစ် ဦး တည်းအုပ်ထိန်းသူမိဘအဖြစ်သတ်မှတ်ခြင်းခံရသူ ရှိလား။ (နာမည်) _____

ကလေးကို လာမခေါ်ရန် တားမြစ်ထားသူ ရှိလား။ (နာမည်) _____

ကျန်းမာရေးသမိုင်း

ကလေး၏ဆရာဝန် _____

မသန်စွမ်းမှုများ၊ ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာချို့ယွင်းမှုများသို့မဟုတ်အဓိကရောဂါများရှိပါသလား _____

သောက်သုံးသောဆေးများနှင့်သောက်သုံးသောပမာဏနှင့်ကြိမ်နှုန်းအပါအဝင်တိကျသောလမ်းညွှန်မှုများကိုဖော်ပြပါ။ _____

အကယ်၍ ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည်နာကျင်နေပါကအောက်ပါဆေးများကိုကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုချက်ပေးပါမည်။

Acetaminophen ရ မရ

Ibuprofen ရ မရ

ဓာတ်မတည့်မှုရှိလား (အစားအစာ၊ တီရိစ္ဆာန်များစသည်)။ ရှိ မရှိ

မတည့်သောဆေးဝါးများရှိလား။ ရှိ မရှိ

ရှိရင် ဖော်ပြပါ။ _____

သင့်ကလေးတွင် Epipen ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ ရှိရင်ဘယ်မှာတည်ရှိတာလဲ _____

နောက်ဆုံးမေးခွင်ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်နေ့ရက် _____ မျက်ကပ်မှန် သုံးလား။ သုံး မသုံး

ရေကူးကန့်သတ်ချက်ရှိလား။ ရှိ မရှိ ရှိရင် ဖော်ပြပါ။ _____

လှုပ်ရှားမှုကန့်သတ်ခြင်းရှိလား။ ရှိ မရှိ ရှိရင် ဖော်ပြပါ။ _____

အရေးပေါ်စောင့်ရှောက်မှုအတွက်သဘောတူညီချက်

_____ (ကလေးနာမည်) ၏ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သော အောက်ပါလက်မှတ်ထိုးသူကူညီသည် အထက်ဖော်ပြပါ ကလေးအတွက် လိုအပ်သောဆေးကုသမှုကို ကျွန်ုပ်တောင်းခံခွင့်ပြုပါသည်။ ကြီးကြပ်ရေးမှူးသည် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အရေးပေါ်အခြေအနေတွင် အထက်ဖော်ပြပါကလေးနှင့် အဆက်အသွယ်ရှိသူအား ချက်ချင်းဆက်သွယ်မည်ဟု ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုပါသည်။ ဆေးရုံ (သို့) ဆရာဝန်သို့ သယ်ယူပို့ဆောင်ရန်လိုအပ်သောထိခိုက်မှု (သို့) အဖြစ်အပျက်များရှိပါက လိုအပ်သောဆေးကုသမှုခံယူရန်အတွက် ကျောင်း (သို့) စီရင်စုနယ်မှကိုယ်စားလှယ်ကို ခွင့်ပြုချက်ပေးပါမည်။ လိုအပ်သောကုသမှုပေးရန် အရည်အချင်းပြည့်မီသော ဆရာဝန်၊ သွားဆရာဝန် သို့မဟုတ် ဆေးရုံများအား ကျွန်ုပ် ထပ်မံ၍ ခွင့်ပြုပါသည်။ ကုသမှုကုန်ကျစရိတ်များအတွက် တာဝန်ယူကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကြီးကြပ်ရေးဝန်ထမ်းများအား သက်ဆိုင်ရာဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သတင်းအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ခွင့်ပြုပါသည်။

(အခြေအနေ၏ပြင်းထန်မှုအပေါ်မူတည်၍ သင့်ကလေးကို အနီးဆုံးဆေးရုံသို့ပို့ဆောင်နိုင်ကြောင်း ကျေးဇူးပြု၍ နားလည်ပါ။)

မိဘ (သို့) အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____
သက်သေ၏လက်မှတ် (အသက် ၂၁ နှစ်နှင့်အထက်) _____ ရက်စွဲ _____
(ကလေးသူငယ်၏) ကျန်းမာရေးအာမခံကုမ္ပဏီ _____
အာမခံပေါ်လစီ # _____ အုပ်စု # _____
မူဝါဒပိုင်ရှင်အမည် _____ မူဝါဒပိုင်ရှင်မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ _____
မူဝါဒပိုင်ဆောင်သူ၏ အလုပ်နေရာ _____

ခွင့်ပြုချက်ပုံစံနှင့်တာဝန်ဝတ္တရား

ရည်ရွယ်ချက်။ ဤခွင့်ပြုချက်ပုံစံသည် အသက် ၁၈ နှစ်အောက်မည်သူမဆိုအတွက် ရည်ရွယ်ပြီး သာသနာအတွင်း လှုပ်ရှားမှုများ အားလုံးအတွက် အကျုံးဝင်သည်။ ကက်သလစ်ကျောင်းများ (သို့) သာသနာအဖွဲ့အစည်းများသည်အသက် ၁၈ နှစ်နှင့်အထက် ကျောင်းသားများ (သို့) ပါဝင်သူများအတွက် ခွင့်ပြုချက်ပေးရန် မိဘများအား အတင်းတောင်းဆိုပိုင်ခွင့်ရှိသည်။
_____ (ကလေးနာမည်) ၏ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သော ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤကလေးအား Owensboro ရိုမန်ကက်သလစ် ဂိုဏ်းချုပ်သာသနာနှင့် _____ (ဘုရားကျောင်း (သို့) အဖွဲ့အစည်း၏နာမည်) ၏ လုပ်ဆောင်မှုနှင့် လှုပ်ရှားမှုများတွင် ပါဝင်ရန် ခွင့်ပြုချက်တောင်းခံသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေးအား ကြိုပို့လုပ်သူ မည်သူ့ကိုမဆို တာဝန်ဝတ္တရားမှ ကျွန်ုပ်လွှတ်ပေးသည်။ ကြိုတင်မမြင်နိုင်သော ဘေးအန္တရာယ်များဖြစ်နိုင်ခြေကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် သူ၏လိုခြံရေးကိုကာကွယ်ရန်အတွက်သင့်တော်သော ကြိုတင်ကာကွယ်မှုများပြုလုပ်နိုင်ရန် ကိုယ်ကာယနှင့် စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ စွမ်းဆောင်နိုင်ကြောင်း၊ သူ့ကိုယ်တိုင်နှင့်သူတစ်ပါးကို အန္တရာယ်ရှိသော အခြေအနေများတွင် မထားရန် ရင့်ကျက်မှုနှင့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်ယုံကြည်သည်။

မိဘ (သို့) အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____
အရွယ်ရောက်ပြီးသူသက်သေ၏လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____
လက်ခံသူ _____ ရက်စွဲ _____

(DRE၊ CRE၊ ဆရာ၊ ကျောင်းဝန်ထမ်းများ၊ လူငယ်တာဝန်ခံတို့၏ လက်မှတ်)

မိဘထံသို့မှတ်စု။ ဤပုံစံပေါ်ရှိ အချက်အလက်အားလုံး၏တိကျမှုအတွက်သင့်တော်စွာတာဝန်ရှိသည်။ အပြောင်းအလဲရှိလျှင် မည်သည့်ပြောင်းလဲမှုကိုမဆို သက်ဆိုင်ရာခေါင်းဆောင်အား အသိပေးပါ။