

Referral Form(လူနာညွှန်းပို့ပုံစံ)

1. Date : (ရက်စွဲ) _____
2. Referral Unit(လွှဲပြောင်းညွှန်းပို့ပေးသည့်ဌာန)_____
3. Name(အမည်)_____
4. Age(ပြည့်ပြီးအသက်)_____နှစ် 5.ကျား/မ _____
6. Registration No.(ရောဂါမှတ်တမ်းမှတ်ပုံတင်အမှတ်)_____
7. Current Diagnosis(လက်ရှိခံစားနေရသောရောဂါ)_____
8. Current Medication(လက်ရှိသောက်နေသောဆေးများ)_____

9. Reason for the referral(လွှဲပြောင်းညွှန်းပို့သောအကြောင်းအရာ)

(လက်မှတ်)

အမည် _____

ရာထူး _____

ကျန်းမာရေးဌာန _____

Feedback form from higher center(အထက်အဆင့်မှပြန်လည်ညွှန်ကြားချက်)

1. Date (ရက်စွဲ)_____
2. Diagnosis (ရောဂါအမည်)_____
3. Current Medication (လက်ရှိသောက်နေသောဆေးများ)_____

4. Follow-up requirements
(နောက်ဆက်တွဲလိုအပ်ချက်များ)_____

5. Remarks (မှတ်ချက်)_____

မှတ်ချက်။ ။ ညွှန်းပို့သောသက်ဆိုင်ရာကျန်းမာရေးဌာနသို့ပြန်လည်ပေးပို့ပါရန်။

(လက်မှတ်)

အမည် _____

ရာထူး _____

ကျန်းမာရေးဌာန _____