



525-535 West Jefferson Street • Springfield, Illinois 62761-0001 • www.dph.illinois.gov

တိဘိဆေးခန်း စာရင်းသြဋ္ဌာန်း ပုံစံ

ကိုးကွယ်ပေးရန်/Please Print ရက်စွဲ(Date) _____

အမည် (နောက်ဆုံး)- _____ အမည် (အစ)- _____ အမည်(အလယ်)- _____

Last Name First Name M.Name

မေတ္တရ - _____ အသက် - _____ လိင်- မ က်း

အသက်စွဲအောက်ကျစုပါက မိဘအမည် - _____

Birth Date Age Sex: Female Male Parent's Name if Under 18

လိပ်စာ - _____ အမှတ် - # _____ ဖုန်း - # _____

Street Address Apt. # Telephone#

ပြင်ပ - _____ ပြည်နယ် - _____ စာတိုက်ကော်မတီ - _____ စီရင်စု - _____

City State Zip Code County

လူမျိုး- လူဖြူ လူမည်း အရှည်/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား အမေရိကန်အရှင် အချား- _____

မျိုးပြုစု (တစ်ခုခုကိုပိုင်းပါ။)- _____ ဟစာပဲနီ ဟစာပဲနီမီးပြုမဟုတ်

Race: White Black Asian/Pacific Islander Native American Other Ethnicity (circle one): Hispanic Not Hispanic

အရေခံ ဘာသာစကား - _____ အာမခံ ရှိပါသလား။ ရှိ မရှိ အမီးအစား- _____

Primary Language Do you have insurance? Yes No Type

မေတ္တရရရှိငွေ - _____

ယူအကုစုမဟုတ်လွှဲ ယူအကုစုအကို မညာညာအိန်နက ရောကုရွံ့ခဲ့သလဲ။ ____/____

Country of Birth If not born in the U.S., when did you enter the USA? ____/____

1. တိဘိဖုစုဖူးပါသလား။ ပုံစုဖူးသည့်။ မဟုတ်ပါ။

Have you ever had TB? Yes No

2. တိဘိဖုစုနေသည့် ထိတွေ့ ဆက်ဆံမ; ရွံ့ဖူးပါသလား။ ရွံ့ဖူးပါသည့်။ မရွံ့ဖူးပါ။ အမည်- _____

Have you had contact with a person that had active TB? Yes No Name

3. တိဘိ အရေပေး စုဆေးမ; ပြုလုပ်ဖူးပါသလား။ လုပ်ဖူးပါသည့်။ မလုပ်ဖူးပါ။ အရေ- မရွံ့ ရွံ့

Have you ever had a TB skin test? Yes No Results: Negative Positive

လုပ်ဖူးပါက စုဆေးမ;ကို မညာညာနေရာ မညာညာအိန်နက ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလဲ။ _____

If yes, where was this test done and when? _____

4. တိဘိ သေကြစုဆေးမ; ပြုလုပ်ဖူးပါသလား။ လုပ်ဖူးပါသည့်။ မလုပ်ဖူးပါ။ အရေ- မရွံ့ ရွံ့

Have you ever had a TB blood test? Yes No Results: Negative Positive

စုဆေးဖူးပါက စုဆေးမ;ကို မညာညာနေရာ မညာညာအိန်နက ပြုလုပ်ခဲ့ပါသလဲ။ _____

If yes, where was this test done and when? _____

5. တီဘီရောဂါ ကာကွယ်ဆေး (BCG) ထိုးဖူးပါသလား။ ထိုးဖူးပါသည်။ မထိုးဖူးပါ။
 Have you ever had a TB vaccine (BCG)? Yes No

6. လခြံသောရက် ၃၀အတွင်း ကာကွယ်ဆေးထိုးထားပါသလား။ ထိုးထားသည်။ မထိုးထားပါ။
 မညီသည့်ကာကွယ်ဆေးပေးဖူးပါသလဲ။ _____
 Have you had any immunizations in the past 30 days? Yes No
 Which? _____

7. တီဘီဆေးသောက်ဖူးပါသလား။ သောက်ဖူးသည်။ မသောက်ဖူးပါ။ သောက်ဖူးပါက မညီမ့်ဖွဲ့ကာသလဲ။ _____
 Have you ever taken TB medications? Yes No If yes, for how long? _____

8. ကုသော၊ ဆီးဒီ၊ အိတ်ဒ်အိုဒ်ဗီဇ်အိုဒ်ဒီအကုစု စသည့် ရောဂါများ ကုသနေရပါသလား။ _____
 Do you have any medical conditions such as cancer, diabetes, HIV/AIDS? _____

9. လတုတလော သို့မဟုတ် ယခုက သင့်ထံတော်-
 Do you or have you recently had:

	ရှိ/ မရှိ	# ရက်(Days):		ရှိ/ မရှိ	# ရက်(Days):
အဖျား ၁၀၀.၅ ဒီဂရီ အထက် (Fever over 100.5 degrees)			သုံးပတ်ထက်ပို ခေါင်းဆိုးချခင်း (Coughing more than 3 weeks)		
ညဘက်ခင်းကြည့်ချခင်း (Night sweats)			အစားအသောက်ကျခင်း (Loss of appetite)		
အလျှော့ပန်း ဖြန့်နုယူချခင်း (Feeling very tired)			ကိုယ့်အလေးခိန်ဆုံးရှုံးချခင်း (Loss of weight)		
ခေါင်းဆိုးသေပြုချခင်း (Coughing up blood)					

ကိန်းစီရင်စု ကိန်းမာရေးဌာန တီဘီဆေးခန်းမှ ပြုလုပ်ပေးသော အရေပေးစစ်ဆေးမှု၊ ဓာတ်မှန်နှင့် အျား လိုအပ်သည့်များကို လက်ခံရန်
 သဘောတူညီပါသည်။

I consent to have a skin test, x-ray or related procedures accomplished at the Kane County Health Department, TB clinic.

လက်မှတ် / Signature _____
 ငယ်ရပ်ညှာဖုစုပါက မိဘ/အပူထိန်းသူလက်မှတ် /
 If minor, parent or guardian signature _____

*****ရုံးတိုင်း အသုံးပြုရန်အတွက်သာ - အောက်တင်မြေဖည့်ပါနှင့်။*****

အမှတ်စဉ်- _____ ကုန်ဆုံးရက်စွဲပြု _____ လက်မှတ်- _____ အမှတ်စဉ်- _____ ကုန်ဆုံးရက်စွဲပြု _____ လက်မှတ်- _____

#1 အဆင့် (မြို့သာ) #2 အဆင့်

Mantoux TST ထိုးသည့်ရက်စွဲပြု / / _____ Mantoux TST ထိုးသည့်ရက်စွဲပြု / / _____

နေရာ- ညာ လက်မောင်း ဘယ် လက်မောင်း နေရာ- ညာ လက်မောင်း ဘယ် လက်မောင်း

ပြန်ပေးရက်စွဲပြု / / _____ ပြန်ပေးရက်စွဲပြု / / _____

အရေဖ မရှိ / ရှိ တိုင်းတာန်ကု _____ အရေဖ- မရှိ / ရှိ တိုင်းတာန်ကု _____

လကမ္မတု- _____ ရကုစဲပြ / _____ / _____ လကမ္မတု- _____ ရကုစဲပြ / _____ / _____

#1 Quantiferon Gold drawn: ____ / ____ / ____ အရေဖ / မွတုန်ကု- _____

#2 Quantiferon Gold drawn: ____ / ____ / ____ အရေဖ / မွတုန်ကု- _____

CXR ပုတုပိုင်း ထုတုပေးသည့်ရကုစဲပြ / _____ / _____ ဆေးရုံ _____ သလိပုယုသည့် ရကုစဲပြ _____