

# လျှို့ဝှက်ထားမည့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ

*အရေးပေါ်အခြေအနေ ဖြစ်ပေါ်လာပါက ကျောင်းဝန်ထမ်း အနေဖြင့် ဥပဒေ ကို ဆက်သွယ်မည် ဖြစ်ပါသည်။  
ဖြစ်ပေါ်လာသော အကြိမ်တိုင်းတွင် မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ / သို့မဟုတ် အရေးပေါ် အခြေအနေ တွင် ဆက်သွယ်ရန် သတ်မှတ်ထားသူ ကို ဆက်သွယ် မည်ဖြစ်ပါသည်။*

ကျောင်းသား အချက်အလက်များ				
မျိုးရိုးအမည်:	ပင်ရင်းအမည်:	ဒုတိယအမည်:	မွေးဖွားသည့်ရက်စွဲ:	လိင် <input type="checkbox"/> ကျား <input type="checkbox"/> မ
ကျောင်းတွင်စာရင်းသွင်းထားသည့် နာမည်:				
ကျောင်းသားတွင် ကျန်းမာရေး အာမခံ ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ပုဂ္ဂလိက <input type="checkbox"/> ကျန်းမာရေးထောက်ပံ့မှု <input type="checkbox"/> အာမခံ မရှိပါ		ကျောင်းသားတွင် သွားဖက် ဆိုင်ရာ အာမခံ ရှိပါသလား။ <input type="checkbox"/> ရှိ <input type="checkbox"/> မရှိ		

**လက်ရှိ ကျန်းမာရေး အခြေအနေ**

*ကျောင်းသား ၏ ပညာသင်ကြားနေစဉ် နေ့ ရက်များအပေါ် သက်ရောက်မှု ရှိနိုင်သော အောက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေး အခြေအနေများကို ကျေးဇူးပြု၍ အမှန်ဖြစ်ပေးပါ။ ဤအချက်အလက်များ ကို FCPS ဝန်ထမ်းများ သို့ လိုအပ်သလို မှုဝေမည် ဖြစ်ပါသည်။*

ကျောင်းသားတွင် ကျန်းမာရေး ပြဿနာ တစ်စုံ တစ်ရာ မရှိပါ။

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> ကင်ဆာ
<input type="checkbox"/> စာတိမတည့်ခြင်းများ (သက်ဆိုင်ရာ အားလုံးကို ရွေးချယ်ပေးပါ)	<input type="checkbox"/> ဆီးချို
<input type="checkbox"/> အစားအစာများ _____	<input type="checkbox"/> နားကြားမှုပြဿနာများ <input type="checkbox"/> နားကြားကိရိယာ(များ)
<input type="checkbox"/> ပျားဆိပ် / အဆိပ်ရှိ ပိုးမွှားကိုက် _____	<input type="checkbox"/> နှလုံးပြဿနာများ _____
<input type="checkbox"/> ဆေးဝါးများ _____	<input type="checkbox"/> စိတ်ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးတွေ့ရှိချက်များ _____
<input type="checkbox"/> ပိုးသတ်ဆေးများ / စာတုပစ္စည်းများ* _____	<input type="checkbox"/> ကိုယ်ကာယပိုင်းဆိုင်ရာ မသန်မစွမ်းမှု _____
<input type="checkbox"/> အခြား _____	<input type="checkbox"/> လေသင်တန်းဖြတ်ခြင်း
<input type="checkbox"/> ရင်ကြပ်ပန်းနာ: ကျောင်းသားသည် လွန်ခဲ့သော ၁၂ လ အတွင်း ရင်ကြပ် ခြင်းကို ခံစား	<input type="checkbox"/> အမြင်ပိုင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများ _____
ခွဲရူးပါသလား။ <input type="checkbox"/> ခံစားခဲ့ဖူးပါသည်။ <input type="checkbox"/> မခံစားခဲ့ဖူးပါ။	<input type="checkbox"/> မျက်မှန် <input type="checkbox"/> မျက်ကပ်မှန်
<input type="checkbox"/> သွေးရောဂါ _____	<input type="checkbox"/> အခြား _____

ဤအချက်အလက်များသည် ပြီးခဲ့သော ပညာသင်နှစ် ၏ ကျန်းမာရေး အခြေအနေများ နှင့် ပြောင်းလဲမှု ရှိသည်

\* FCPS သည် ကျောင်းတွင်း အင်းဆက်ပိုးမွှား ပြဿနာများ ထိန်းချုပ်ရန် အတွက် အင်းဆက်ပိုးမွှား ပူးပေါင်းနှိမ်နင်းရေး အစီအစဉ်များကို အသုံးပြုလျက် ရှိပါသည်။ မူလတန်းကျောင်းများ အနေဖြင့် ဝန်ထမ်းများ နှင့် ကျောင်းသားများ၏ မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ များကို ကျောင်းတွင်း နှင့် ကစားကွင်းများ အတွင်း အင်းဆက်ပိုးမွှား နှိမ်နင်းမှုများ မပြုလုပ်မှီ ၂၄ နာရီ ကြိုတင်၍ အကြောင်းကြားရန် လိုအပ်ပါသည်။ အလယ်တန်း နှင့် အထက်တန်း ကျောင်းများ အနေဖြင့် ကြိုတင် အကြောင်းကြားရန် ရေးသား တောင်းဆို ထားသော မိဘများ၊ အုပ်ထိန်းသူများ သို့မဟုတ် ဝန်ထမ်း များကို သာ အကြောင်းကြားရန် လိုအပ် ပါသည်။ ပုံစံများကို ကျောင်းများတွင် ထားရှိထားပြီး ပညာသင်နှစ် တစ်ခု ပြီးတိုင်း လိုအပ်သည်များကို ပြန်လည် ဖြည့်သွင်းမည် ဖြစ်ပါသည်။ FCPS နှစ်ပတ်လည် လက်စွဲစာအုပ် ကို အသုံးပြု၍ သော်လည်းကောင်း ကျောင်းသား၏ ကျောင်းကို ဆက်သွယ်၍ သော်လည်းကောင်း အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို လေ့လာနိုင်ပါသည်။

## ဆေးဝါးများ

သင့်ရင်သွေး ပုံမှန် သောက်သုံးနေရသော ဆေးဝါးများ နှင့် သောက်သုံးနေသော ဆေးညွှန်းများကို ဖော်ပြပေးပါ။

ကျောင်းတွင် ဆေးဝါးသောက်သုံးရန် မလိုအပ်ပါ။

အကယ်၍ ကျောင်းသားသည် ဆေးဆိုင်မှ အလွယ် တကူ ဝယ်ယူနိုင်သော ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် ဆရာဝန် ညွှန်ကြားသော ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် ကျောင်းတွင် ဆေးကုသမှုများ လိုအပ်ပါက ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု ပေးသူ နှင့် မိဘ များသည် သက်ဆိုင်ရာ ခွင့်ပြုချက် ပုံစံ (များ) ကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်စွက်၍ ပေးပို့ ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ ပုံစံများကို သင့်ရင်သွေး၏ ကျန်းမာရေး ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် <http://www.fcps.org/> (Forms ကို နှိပ်ပါ) တွင် ရယူပါ။

ဆေးဝါးများ: \_\_\_\_\_

အရေးပေါ် ဆေးဝါး စောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်ချိန်နှင့် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ရေး ဌာနသို့ အရေးပေါ် ပို့ဆောင်ပေးရသော အခြေအနေများ တွင် ကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်၍ မရ နိုင်ပါက လိုအပ်သော အရေးပေါ် ကုသမှုကို ပြုလုပ်ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့ သဘောတူ ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ ရင်သွေး ၏ ဆေးဝါးကုသမှု ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများ နှင့် အခြား ဆေးဝါး အချက်အလက်များ ကို ကျောင်းသို့ ပေးပို့ ပြီး FCPS/ ဖရယ်ဒရစ်ခရိုင် ကျန်းမာရေး ဌာန ဝန်ထမ်း နှင့် မှန်ကန်သော ကျန်းမာရေး / ပညာရေး အကြောင်းပြချက် ရှိသော အရေးပေါ်ကုသပေးသည့် ဝန်ထမ်း ကို ဆေးဝါးကုသမှု မှတ်တမ်းနှင့် အချက် အလက်များ အသုံးပြုခြင်းကို နားလည် ခွင့်ပြု ပါသည်။

မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ အမည် (ပိသစွာရေးသားပါ): \_\_\_\_\_ ဝထမဦးစားပေးဆက်သွယ်နိုင်သော ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

မိဘ / အုပ်ထိန်းသူ ၏ လက်မှတ်: \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_