

Patient Medical History Record

လူနာ၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်း

PATIENT'S NAME (လူနာ၏အမည်) Date Of Birth (မွေးနေ့) SEX (ကျား/မ) TODAY'S DATE (ယနေ့နေ့စွဲ)

Thank you for choosing our office for your eyecare. To serve you better, please answer the following questions:

ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးခန်းကိုသင်၏မျက်လုံးကြည့်ရှုစစ်ဆေးရန်ရွေးချယ်သည့်အတွက်ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

သင့်ကိုပိုမိုကျွမ်းကျင်စွာဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်ကျေးဇူးပြု၍အောက်ပါမေးခွန်းများကိုဖြေကြားပေးပါ။

- 1. Do you wear eyeglasses? (သင်သည်မျက်မှန်တပ်ပါသလား) () Yes တပ်သည် () No မတပ်ပါ
- 2. Do you wear contact lenses? (သင်သည်မျက်ကပ်မှန်တပ်ပါသလား) () Yes တပ်သည် () No မတပ်ပါ
- 3. Do you have problems reading? (သင်စာဖတ်လျှင်ပြဿနာ(အခက်အခဲ)ရှိပါသလား) () Yes ရှိသည် () No မရှိပါ

4. Are you currently experiencing any eye symptoms? Please circle all that apply:

သင်သည်ယခုမျက်လုံးရောဂါလက္ခဏာများတွေ့ကြုံနေပါသလား? ကျေးဇူးပြု၍စက်ဝိုင်းဝိုင်းပေးပါ

Eye Pain	Blurred Vision	Eyelid Crusting	Flashes of Light	Discharge	Tearing	Difficulty reading at near distance
မျက်လုံးနာကျင်ကိုက်ခဲခြင်း	အမြင်မှန်ပါးခြင်း	မျက်ခွံတွင်စေးကပ်ညစ်ညမ်းခြင်း	တောက်ပသောအလင်း	မျက်ဝတ်ရှိခြင်း	မျက်ရည်ကျခြင်း	အနီး၌ဖတ်ရှုရန်ခက်ခဲခြင်း
Light sensitivity	Double Vision	Halos	Black spots	Itching	Burning	Difficulty reading at far distance
အလင်းရောင်အထိမခံခြင်း	ထပ်တူပုံရိပ်ဖြစ်ပေါ်ခြင်း	အလင်းရောင်ကွင်းကိုမြင်ခြင်း	အနက်ရောင်အစက်များ	ယားယံခြင်း	ပူစပ်ခြင်း	အဝေး၌ဖတ်ရှုရန်ခက်ခဲခြင်း

Medical Condition and History (Check all that apply) ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့်သမိုင်း (အားလုံးကိုစစ်ဆေးရန်)

- 1. Have you ever been treated for any medical conditions (e.g. diabetes, high blood pressure, asthma, high cholesterol, etc.) ?
သင်၏ယခင်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုသခဲ့ဘူးသောအခြေအနေ (ဥပမာ ဆီးချို၊ သွေးတိုး၊ ပန်းနာရင်ကြပ်၊ ကိုလက်စတရော့ စသည်ဖြင့်)
() Yes ရှိ () No မရှိ If yes, please list ရှိခဲ့လျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရေးရန်

- 2. Have you ever had any eye disease (e.g. glaucoma, cataract, wandering or lazy eye, retinal detachment, etc.) ?
သင်သည်မည်သည့်မျက်လုံးရောဂါမျိုးရှိခဲ့ဘူးသလဲ (ဥပမာ ရေတိမ်/အတွင်းတိမ်/မျက်လုံးလှည့်လည်ခြင်း/ပျင်းရိသောမျက်လုံးအမြင်လွှာကွာကျခြင်း)
() Yes ရှိ () No မရှိ If yes, please list ရှိခဲ့လျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရေးရန်

- 3. Have you ever had any surgery, including the eye? သင်သည်ခွဲစိတ်ကုသခြင်းရှိခဲ့ဘူးပါသလား။ (မျက်လုံးအပါအဝင်)
() Yes ရှိ () No မရှိ If yes, please list ရှိခဲ့လျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရေးရန်

- 4. Do you take any medications, including eye medications? သင်သည်မည်သည့်ဆေးဝါးမဆို(မျက်လုံးအပါအဝင်)သောက်ပါသလား
() Yes သောက်သည် () No မသောက်ပါ If yes, please list သောက်လျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရေးပါရန်။
- 5. Do you have any drug or food allergies? သင်သည်မည်သည့်ဆေး(သို့)အစားအစာနှင့်မတည့်ခြင်းရှိပါသလား
() Yes ရှိ () No မရှိ If yes, please list ရှိခဲ့လျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရေးပေးပါရန်။

Review of Systems (ခန္ဓာကိုယ်ကိုပြန်လည်စစ်ဆေးခြင်း)

Do you currently have any of the following problems? (သင့်မှာအောက်ဖော်ပြပါလက္ခဏာများရှိပါသလား)	Yes ရှိ	No မရှိ	If yes, please explain: ရှိလျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရှင်းပြရန်
Chronic fever, unexpected weight loss/gain fatigue (နာတာရှည်ဖျားနာခြင်း၊ မမျှော်လင့်ဘဲကိုယ်အလေးချိန်လျော့/တိုး၊ တိုး/ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း)	()	()	_____
Ear/nose/throat problems (နား, နှာခေါင်း, လည်ချောင်းရောဂါများ)	()	()	_____
Heart problems (နှလုံးရောဂါများ)	()	()	_____
Respiratory problems (အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါများ)	()	()	_____
Gastrointestinal problems (အစာအိမ်နှင့်အူရောဂါများ)	()	()	_____
Urinary problems (ဆီးရောဂါများ)	()	()	_____
Skin problems (အရေပြားရောဂါများ)	()	()	_____
Musculoskeletal problems (ကြွက်သားရောဂါများ)	()	()	_____
Neurologic problems (အာရုံကြောရောဂါများ)	()	()	_____
Psychiatric problems (စိတ်ရောဂါများ)	()	()	_____

Family and Social History (မိသားစုနှင့်လူမှုရေးရာဇဝင်)

Do any medical or eye diseases run in your family (e.g. diabetes, high blood pressure, cancer, glaucoma, macular degeneration) ?
 သင်၏မိသားစုထဲမှာမည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ(သို့)မျက်လုံးရောဂါများရှိပါသလား (ဥပမာ ဆီးချို | သွေးတိုး | ကင်ဆာ | ရေတိမ် | မက်ကူလာယိုယွင်းခြင်း)
 () Yes ရှိ () No မရှိ If yes, please explain ရှိလျှင်ကျေးဇူးပြု၍ရှင်းပြရန် _____

Do you smoke? If yes, how much? _____ Drink alcohol? If yes, how much? _____
 သင်ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား? သောက်လျှင်ဘယ်လောက်သောက်သလဲ သင်အရက်သောက်ပါသလား? သောက်လျှင်ဘယ်လောက်သောက်သလဲ
 If employed, how many hours per week do you work? အကယ်၍အလုပ်လုပ်လျှင်တစ်ပတ်လျှင်ဘယ်နှစ်နာရီလုပ်ပါသလဲ _____

HIPPA Acknowledgement (HIPPA ကိုနားလည်သိရှိကြောင်း)

I acknowledge that I have been provided with a copy of the privacy notice for Dr. Andrew Naing’s practice and acknowledge that the private notice is displayed in the waiting area for my review. The HIPPA Officer for this practice is Dr. Andrew Naing.

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည်လူနာစောင့်အခန်းတွင်ပြသထားသော Dr Andrew Naing ၏လုပ်ငန်းနှင့်သီးသန့်ထားသောနို့တစ်စာမိတ္တူကိုနားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့ HIPPA၏သက်ဆိုင်သူမှာ Dr Andrew Naing ဖြစ်ပါသည်။

Print Name _____ Relationship to Patient _____

နာမည်ရေးသားပါ (Parent or Guardian if patient is minor) မိဘ(သို့)အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် (လူနာနှင့်ဘယ်လိုပတ်သက်ပါသလဲ (အကယ်၍လူနာသည်အသက်မပြည့်သူ))

Signature (လက်မှတ်) _____ Date (နေ့စွဲ) _____

Reviewed by physician: _____