

- 曾至家中拜訪或提供服務的對象(如：親友、居家照護、褓姆、清潔人員、裝潢維修人員等)

B. 您曾去過的地點及時間

- 曾去過的醫療照護院所 (如：藥局、牙醫、中西醫門診、醫院、長照機構等)
- 參加人潮擁擠的活動(如：宗教活動、大型集會等)
- 參加室內通風不良或密閉空間之活動或聚會(如：麻將室、卡拉 OK 等)
- 共同搭乘交通工具或大眾運輸
- 其他可能接觸不特定對象之活動，如健身房、理髮(容)院、賣場、百貨公司、藝文活動等

※ 請您回想後填寫「COVID-19確診個案自填版疫調單」，並於接獲公衛人員聯繫時，告知疫調相關資訊。

如何通知我的密切接觸者

如果您可以聯絡您的密切接觸者，請他們留在家中自我隔離，並主動聯絡衛生單位或等候衛生單位通知。等候期間，請他們佩戴口罩和注意手部衛生並避免與其他同住者接觸或共同用餐，觀察自己是否出現 COVID-19 相關症狀。如果出現發燒咳嗽、喉嚨痛、流鼻水、腹瀉、倦怠、嗅味覺異常、喘等疑似症狀，請以家用快篩進行檢測或連繫各地方政府衛生局或撥打1999、1922。

COVID-19 確診個案 注意事項	COVID-19 接觸者 注意事項	各地方政府衛生局 聯絡資訊及網站
		

COVID-19 အတည်ပြုလူများနှင့် ထိတွေ့ဆက်စပ်မှုရှိခဲ့သူများ Self Quarantine (ကိုယ့်ဘာသာကိုယ် သီးခြားနေသည့် ကွာရန်တင်း) နှင့်ပတ်သက်၍ အရေးပေါ်တုံ့ပြန်မှုများ

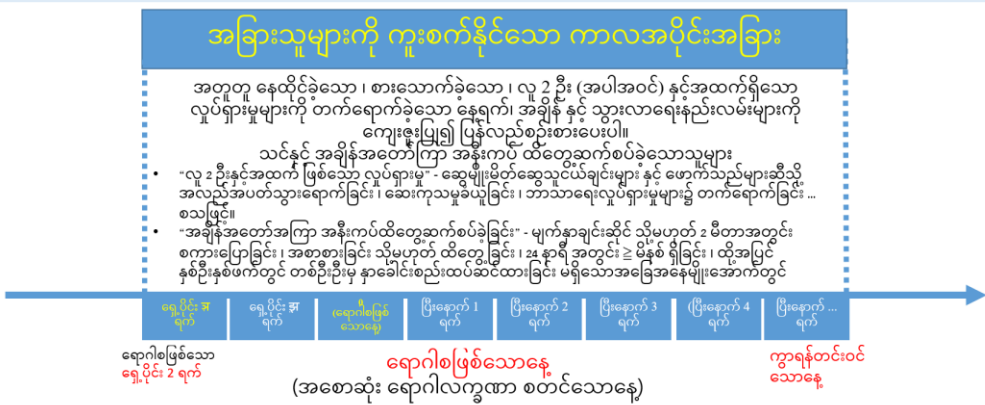
အကယ်လို့ ကျွန်တော်/မတွင် COVID-19 ရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိပါက ကျွန်တော်နှင့် အနီးကပ် ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သူများသည် မည်သူတွေကို ဆိုလိုပါသလဲ။

သင်နှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သူများသည် ဗိုင်းရပ်စ်ကူးစက်ခံထားနိုင်ခြေရှိပြီး ကူးစက်နိုင်သော အန္တရာယ်လည်းရှိသောကြောင့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအား သူတို့နှင့်ပတ်သက်သောအချက်အလက်များကို ပြောပြရန် အလွန်အရေးကြီးပါတယ်။ ၎င်းတို့ရဲ့ ကျန်းမာရေးကို ကာကွယ်ရန်နှင့် ရောဂါထပ်မံပျံ့နှံ့မှုကို တားဆီးနိုင်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများအနေဖြင့် PCR စစ်ဆေးခြင်း ၊ ကွာရန်တင်းထားရှိခြင်း နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ကျန်းမာရေးခြေရာခံခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်ရန် စီစဉ်ထားပါတယ်။

သင့်နှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့ဆက်စပ်မှုရှိခဲ့သူ၏ အဓိပ္ပါယ်ဖွင့်ဆိုချက်

COVID-19 ကို ဖြစ်စေသော ဗိုင်းရပ်စ်သည် သင်နေထိုင်သည့်အနီးအနား (သို့မဟုတ် အပေါင်းလက္ခဏာပြုချိန်) ၏ ရှေ့ပိုင်းလေးရက်မှ သင် ကွာရန်တင်းဝင်ရောက်ချိန်အထိ အခြားသူများကို ကူးစက်နိုင်ပါတယ်။ (အောက်ဖော်ပြပါ ရုပ်ပုံအတိုင်းဖြစ်သည်။)

COVID-19 ကူးစက်နိုင်သော ကာလအပိုင်းအခြား (သရုပ်ပြပုံ)



*အကယ်၍ သင်တွင် ရောဂါလက္ခဏာ မပြသပါက အစောဆုံး ရောဂါစစ်ဆေးမှု အပေါင်းလက္ခဏာပြုသောနေ့ကို ရောဂါစဖြစ်သောနေ့ အဖြစ် သတ်မှတ်မည်။

သင်၏ အစောဆုံး ရောဂါလက္ခဏာထွက်ပေါ်လာသည့် ရောဂါစဖြစ်သောနေ့၏ ရှေ့ပိုင်းလေးရက်မှ စတင်ပြီး သင်ကွာရန်တင်းဝင်ရသော ကာလအပိုင်းအခြားကို သေသေချာချာ စဉ်းစားပေးပါရန် (အကယ်၍ ရောဂါလက္ခဏာ မပြသပါက အစောဆုံး ရောဂါစစ်ဆေးမှု အပေါင်းလက္ခဏာစပြုသောနေ့ ကို ရောဂါစဖြစ်သောနေ့ ဟု သတ်မှတ်ပါ)။ နှစ်ဦးနှစ်ဖက်တွင် တစ်ဦးဦးမှ နှာခေါင်းစည်းတပ်ဆင်ထားခြင်း မရှိသောအခြေအနေမျိုးအောက်တွင် ထိတွေ့ဆက်စပ်မှုရှိခဲ့ဖူးသူများ ၊ ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သော အချိန်နှင့် နေရာ (ဥပမာ။ ။ အတူတူ နေထိုင်ခဲ့ခြင်း ၊ စားသောက်ခြင်း ၊ တွေ့ဆုံခြင်း သို့မဟုတ် လှုပ်ရှားမှု၌ တက်ရောက်ခြင်း ၊ စီးနင်းခဲ့ဖူးသော အများသုံးယာဉ်များ နှင့် 15 မိနစ်နှင့် အထက် ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သူများကို စဉ်းစားပေးပါရန်။ အောက်ပါအချက်အလက်များအပါအဝင် အခြားဖြစ်နိုင်သော အခြေအနေမျိုးများ -

က။ သင်နှင့် ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့ဖူးသူများ

- သင်နှင့်အတူ နေထိုင်သူများ (ဥပမာ။ ။ အတူနေထိုင်သော မိသားစု၊ သူငယ်ချင်းနှင့် လက်တွဲဖော်များ)
- တွေ့ဆုံပွဲ သို့မဟုတ် ညစာစားပွဲများတွင် သင်နှင့် တွေ့ဆုံဖူးသော ဆွေမျိုးမိတ်ဆွေများ သို့မဟုတ် သူငယ်ချင်းများ
- အလုပ်ကိစ္စကြောင့် သင်နှင့် တွေ့ဆုံဖူးသော လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များ သို့မဟုတ် ဖောက်သည်များ
- အတန်းပညာရေးကြောင့် သင်နှင့် တွေ့ဆုံဖူးသော အတန်းဖော်များ သို့မဟုတ် ဆရာဆရာမများ
- အိမ်တွင် လာရောက်လည်ပတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုပေးဖူးသူများ (ဥပမာ။ ။ ဆွေမျိုးမိတ်ဆွေများ ၊ အိမ်တွင်စောင့်ရှောက်ရေး ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ ၊ ကလေးထိန်းများ ၊ သန့်ရှင်းရေးဝန်ထမ်းများ ၊ အလှဆင်ခြင်ခြင်းနှင့် ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းရေးဝန်ထမ်းများ စသဖြင့်)

ခ။ သင်သွားခဲ့ဖူးသော နေရာနှင့် သွားခဲ့သော အချိန်

- သင်သွားခဲ့ဖူးသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းများ (ဥပမာ။ ။ ဆေးဆိုင် ၊ သွားဆေးခန်း ၊ တရုတ်နှင့်အနောက်တိုင်း ဆေးခန်းများ ၊ ဆေးရုံများ ၊ ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းများ စသဖြင့်)
- လူစည်ကားသော လှုပ်ရှားမှုများ၌ ပါဝင်ဖူးခြင်း (ဥပမာ။ ။ ဘာသာရေးအခမ်းအနားများ ၊

အကြီးစား စုဝေးပွဲများ စသဖြင့်)

- အခန်းတွင်း လေဝင်လေထွက်မကောင်းသော သို့မဟုတ် အလုံပိတ်နေရာများတွင် ကျင်းပသော လှုပ်ရှားမှုများ သို့မဟုတ် တွေ့ဆုံပွဲများ၌ ပါဝင်ဖူးခြင်း (ဥပမာ။ ။ မာကျောက်ကစားရုံများ ၊ ကာရာအိုကေဆိုင်များ စသဖြင့်)
- အများသုံးယာဉ်များ အတူတူ စီးနင်းခဲ့ဖူးခြင်း
- တခြားသူများနှင့် ထိတွေ့နိုင်သော လှုပ်ရှားမှုများ ၊ ဥပမာ။ ။ ဂျင်အားကစားခန်းမများ ၊ ဆံပင်ညှပ်ဆိုင်နှင့် အလှပြင်ဆိုင်များ ၊ စတိုးဆိုင်များ ၊ ကုန်တိုက်များ ၊ ယဉ်ကျေးမှုဆိုင်ရာ လှုပ်ရှားမှုများ စသဖြင့်။
- ❖ သင် သေသေချာချာ စဉ်းစားပြီးပါက **“COVID-19 အတည်ပြုလူနာများ ကိုယ်တိုင်အကြောင်းကြားရာတွင် ဖြည့်စွက်ရမည့် ကပ်ရောဂါစစ်ဆေးရေးပုံစံ”** ကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။ ထို့နောက် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများနှင့် ဆက်သွယ်သည့်အခါ ကူးစက်ရောဂါစုံစမ်းစစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အကြောင်းကြားပေးပါ။

ကျွန်တော်/မနှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သူများကို ဘယ်လို အကြောင်းကြားမလဲ။

အကယ်၍ သင်နှင့် အနီးကပ်ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သူများကို ဆက်သွယ်အကြောင်းကြားနိုင်ပါက ၎င်းတို့အား အိမ်တွင် ကွာရန်တင်းလုပ်ဆောင်ပေးပါရန်နှင့် ကျန်းမာရေးဌာနများသို့ ကိုယ်တိုင်ဆက်သွယ်အကြောင်းကြားပြီး ကျန်းမာရေးဌာနများမှ အကြောင်းပြန်ချက်များကို စောင့်ဆိုင်းပေးဖို့အား ပြောကြားပေးပါ။ စောင့်ဆိုင်းနေစဉ်အတောအတွင်း ကျေးဇူးပြု၍ ၎င်းတို့အား နှာခေါင်းစည်းတပ်ဆင်ပေးခြင်းနှင့် လက်သန့်ရှင်းရေးတို့ကို ဂရုစိုက်ပေးခြင်း ၊ တခြားအတူနေထိုင်သူများနှင့် ထိတွေ့ခြင်း သို့မဟုတ် အတူတူ စားသောက်ခြင်းတို့ကို ရှောင်ရှားပေးခြင်းတို့ကို လုပ်ဆောင်ခိုင်းပါ။ ထို့အပြင် မိမိသည် COVID-19 နှင့် သက်ဆိုင်သော ရောဂါလက္ခဏာများ ထွက်ပေါ်လာခြင်းရှိမရှိတို့ကို အကဲခတ်သတိပြုခိုင်းပါ။ အကယ်၍ ကိုယ်ပူခြင်း ၊ ချောင်းဆိုးခြင်း ၊ လည်ချောင်းနာခြင်း ၊ နှာရည်ယိုခြင်း ၊ ဝမ်းသွားခြင်း ၊ ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း ၊ အနံ့နှင့် အရသာပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း ၊ အသက်ရှူကျပ်ခြင်း စသည့် သံသယလက္ခဏာများ ပေါ်ထွက်လာပါက ကျေးဇူးပြု၍ အိမ်တွင်းသုံး အမြန်စစ်ဆေးနိုင်သည့် Test Kit ကိရိယာများကို အသုံးပြုပြီး စစ်ဆေးခြင်း သို့မဟုတ် ဒေသန္တရအစိုးရကျန်းမာရေးဗျူရီထံသို့ ဆက်သွယ်ခြင်း သို့မဟုတ် 1999 ၊ 1922 သို့ ခေါ်ဆိုခြင်းတို့ကို လုပ်ဆောင်ပေးပါ။

<p>COVID-19 確診個案 注意事項 COVID-19 အတည်ပြုလူနာများ သတိပြုရမည့် အချက်အလက်များ</p>	<p>COVID-19 接觸者 注意事項 COVID-19 အတည်ပြုလူနာများနှင့် ထိတွေ့ဆက်ဆံခဲ့ဖူးသူ များ သတိပြုရမည့် အချက်အလက်များ</p>	<p>各地方政府衛生局 聯絡資訊及網站 ဒေသန္တရအစိုးရကျန်းမာရေးဗဟိုရုံးများ သို့ ဆက်သွယ်နိုင်မည့် အချက်အလက်များနှင့် ဝဘ်ဆိုဒ်များ</p>
		

COVID-19 ခုခံရေးအဖွဲ့အစည်း အဖွဲ့ဝင်များ အချက်အလက်များ

COVID-19 အတည်ပြုလူနာများ ကိုယ်တိုင်အကြောင်းကြားရာတွင် ဖြည့်စွက်ရမည့်

ကပ်ရောဂါစစ်ဆေးရေးပုံစံ

※ 您所填寫的資料均僅限用於疫情調查。切勿洩漏個人資料給無法確認身分之不明人士，如有相關疑問，請洽各地方政府衛生局。

※ သင်ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များသည် ကူးစက်ရောဂါ စုံစမ်းစစ်ဆေးရေးအတွက်သာ အသုံးပြုမည်ဖြစ်သည်။ ထို့အတွက်ကြောင့် မိမိကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို မိမိမသိရှိသောသူများထံသို့ ထုတ်ဖော်ခြင်း မပြုပါရန်။ သင့်အနေနှင့် သိလိုသည်များရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဒေသန္တရအစိုးရ ကျန်းမာရေးဗဟုဂုဏ်များသို့ ဆက်သွယ်အကြောင်းကြားပေးပါရန်။

一、基本資料 | က။ အခြေခံအချက်အလက်များ

(一) 姓名 | (၁) အမည် - _____

(二) 身分證字號、護照號碼或居留證號碼 | (၂) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားနံပါတ်
၊ နိုင်ငံကူးလက်မှတ်နံပါတ် သို့မဟုတ် နေထိုင်ခွင့်ကတ်ပြားနံပါတ် -

(三) 手機號碼 | (၃) ဖုန်းနံပါတ် - _____

(四) 年齡 | _____ နှစ် (၄) အသက် - _____ နှစ်

(五) 職業或身分別 | (၅) အလုပ်အကိုင် - _____

(六) 您目前工作或就學的公司/學校名稱 | (၆) သင်၏ လက်ရှိ အလုပ်ဌာန

သို့မဟုတ် ကျောင်းနာမည် - _____

二、症狀 | ခ။ ရောဂါလက္ခဏာများ

(一) 您是否曾經出現症狀？ | (၁) သင့်တွင် ရောဂါလက္ခဏာများ

ထွက်ပေါ် ခဲ့ဖူးပါသလား။

無症狀 မရှိပါ။

您最早檢驗陽性的日期（陽性日） |

သင် အစောဆုံး ဓာတ်ခွဲစစ်ဆေးမှု၌ အပေါင်းလက္ခဏာ ပြခဲ့သော ရက်စွဲ

(အပေါင်းလက္ခဏာပြသသောနေ့)

(西元 AD) _____ နှစ် _____ ခုနှစ် _____ လ _____ ရက်နေ့

(ခရစ်နှစ်) _____ ခုနှစ် _____ လ _____ ရက်နေ့

有症狀 ရှိပါသည်။

您最早出現症狀的日期（發病日） |

သင် အစောဆုံး ရောဂါလက္ခဏာ ပြခဲ့သော ရက်စွဲ (ရောဂါစဖြစ်သောနေ့)

(西元 AD) _____ နှစ် _____ ခုနှစ် _____ လ _____ ရက်နေ့

(ခရစ်နှစ်) _____ ခုနှစ် _____ လ _____ ရက်နေ့

三、密切接觸者 | ဂ။ အနီးကပ်ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့သူများ

(一) 您的同住家人或親友 | (၁) သင်နှင့် အတူနေထိုင်သော မိသားစု သို့မဟုတ်

ဆွေမျိုးမိတ်ဆွေများ

沒有 မရှိပါ။

姓名 အမည်	電話號碼 တယ်လီဖုန်းနံပါတ်

(二) 您聚會或聚餐的親友或其他對象 | (၂) တွေ့ဆုံပွဲ သို့မဟုတ် ညစာစားပွဲများတွင်
သင်နှင့်အတူ ရှိခဲ့ဖူးသော ဆွေမျိုးမိတ်ဆွေများ သို့မဟုတ် တခြားသူများ

沒有 မရှိပါ။

姓名 အမည်	電話號碼 တယ်လီဖုန်းနံပါတ်

(三) 您在職場或學校的接觸對象 (包含同事、客戶、同學和老師) 或聯絡
窗口 | (၃) သင် လုပ်ငန်းခွင် သို့မဟုတ် ကျောင်း ၌ ထိတွေ့ဆက်စပ်ခဲ့ဖူးသူများ

(လုပ်ဖောက်ကိုင်ဖက် ၊ ဖောက်သည် ၊ ကျောင်းသား နှင့် ဆရာများ အပါအဝင်)

သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်ခဲ့သူများ

沒有 မရှိပါ။

姓名 အမည်	關係 တော်စပ်ပုံ	電話號碼 တယ်လီဖုန်းနံပါတ်

(四) 您曾去過的醫療照護院所 (包含牙醫診所、中西醫診所、急診、醫
院、長照機構) | (၄) သင်သွားခဲ့ဖူးသော

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းများ (သွားဆေးခန်း ၊

တရုတ်နှင့်အနောက်တိုင်း ဆေးခန်းများ ၊ အရေးပေါ်ဆေးဝါးကုသရေးဌာနများ ၊

ဆေးရုံများ ၊ ရေရှည်စောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်းများ အပါအဝင်)

沒有 မရှိပါ။

日期 (月/日) နေ့စွဲ (လ/ရက်နေ့)	醫療照護院所名稱 ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့အစည်း၏အမည်

四、您是否有慢性疾病或懷孕？ (可複選) | ဃ။ သင့်တွင် နာတာရှည်ရောဂါ

ရှိပါသလား။ သင်သည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီး ဟုတ်ပါသလား။ (တစ်ခုထက်မက

ရွေးချယ်နိုင်သည်။)

沒有 မရှိပါ။ မဟုတ်ပါ။

心血管疾病 (高血壓除外)

နှလုံးသွေးကြောဆိုင်ရာရောဂါများ
(သွေးတိုးရောဂါအပြင်)

高血壓 သွေးတိုးရောဂါ

糖尿病 ဆီးချိုရောဂါ

肥胖 (BMI ≥ 30) (BMI=[體重 kg÷身高
m²])

အဝလွန်ခြင်း (BMI ≥ 30)

(BMI=[ခန္ဓာကိုယ်အလေးချိန်kg÷အရပ်အမြင့်m²])

代謝性疾病 (如：高血脂等；糖尿病
除外)

ဇီဝဖြစ်စဉ်ဆိုင်ရာရောဂါများ (ဥပမာ။ ။

သွေးတွင်းအဆီများခြင်းရောဂါ ၊ ဆီးချိုရောဂါ
များအပြင်)

仍在治療中或未治癒的癌症

ဆေးကုသမှု ခံယူနေဆဲဖြစ်သော ကင်ဆာရောဂါ

免疫低下狀態

ခုခံအားကျဆင်းမှုကူးစက်ရောဂါ

氣喘 ပန်းနာရင်ကျပ်

慢性肺部疾病 (氣喘除外)

နာတာရှည်အဆုတ်ရောဂါ

(ပန်းနာရင်ကျပ်အပြင်)

肝臟疾病 (如：肝炎、肝硬
化)

အသည်းရောဂါ (ဥပမာ။

အသည်းရောင်ရောဂါ ၊

အသည်းခြောက်ရောဂါ)

腎臟疾病 (如：慢性腎功能
不全、長期接受洗腎[血液或
腹膜透析])

ကျောက်ကပ်ရောဂါ (ဥပမာ။ ။

နာတာရှည်ကျောက်ကပ်ရောဂါ ၊

ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း)

懷孕 (請說明懷孕週數) 週

數：_____

ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေခြင်း

(ကျေးဇူးပြု၍

ကိုယ်ဝန်ရက်သတ္တပတ်များကို

ဖော်ပြပေးပါရန်။) အပတ် - _____

生產後六週內 သားဖွားပြီး
ခြောက်ပတ်အတွင်း

神經肌肉疾病 အာရုံကြောကြွက်သားရောဂါ 精神疾病 စိတ်ရောဂါ

其他 အခြား - _____

五、疫苗接種史 | ဃ။ ကာကွယ်ဆေးမှတ်တမ်း

(一) 您是否曾接種 COVID-19 疫苗？ | (၁) COVID-19 ကာကွယ်ဆေးကို

ထိုးနှံဖူးပါသလား။

否 မထိုးနှံဖူးပါ။

是, 總共接種 _____ ချိ

ထိုးနှံဖူးပါတယ်။ ထိုးနှံထားသော ကာကွယ်ဆေးကြိမ်ရေ _____ ကြိမ်