



Admission Health Survey

ဆေးရုံတက် ကျန်းမာရေးစစ်တမ်း

Welcome to *SingHealth CCF @ Expo*
(အိတ်စ်ပို ရှိ ဆင်းဟဒ်ဖ် စီစီအက်ဖ် ကျန်းမာရေး) မှကျကြိုပါသည်

Please complete this survey
so that we can take better care of you during your stay here.

ကျေးဇူးပြုပြီးဤစစ်တမ်းကိုဖြည့်ခင်းဖွင့်
ကျွန်တော်တို့သည် သင့်ကို ပိုမိုဂရုစိုက်နိုင်မည်ဖြစ်သည်။

Name: နံမည် :	Gender: လိင် :
NRIC / FIN: မှတ်ပုံတင်/နခွင့် နံပါတ် :ဖုန်းနံပါတ် :	Phone Number:
Age: အသက် :	
Address: လိပ်စာ:	

Admission Survey

ဆေးရုံတက်ခင်း စစ်တမ်း

<p>When did your COVID-19 symptoms start? သင့်ရဲ့ကိုဗစ်ရောဂါ (COVID-19) လက္ခဏာတွေဘယ်တော့စခဲ့သလဲ။</p>	<p>Date / Month / Year န့ / လ / နှစ်</p>
<p>When did you do your throat/nose swab? ဘယ်အချိန်မှာ သင်၏လည်ချောင်း/နှာခေါင်းနမူနာယူခဲ့တာလဲ။</p>	<p>Date / Month / Year န့ / လ / နှစ်</p>
<p>Did you have a chest x-ray taken at the hospital? ဆေးရုံမှာ ရင်ဘတ်ဓာတ်မှန်ရိုက်ပေးပြီးလား။</p>	<p>No / Yes မရိုက်ရသေး / ရိုက်ပေး</p>
<p>If yes, when was the chest x-ray taken? အကယ်၍ ရင်ဘတ်ဓာတ်မှန် ရိုက်ပေးလျှင်၊ ဘယ်အချိန်တွင်ရိုက်သနည်း။</p>	<p>Date / Month / Year န့ / လ / နှစ်</p>

Where did you come from?

သင်ဘယ်ကလာတာလဲ?

Hospital/Polyclinic/Local Doctors/Dormitory/Others:

ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း / ဒေသခံဆရာဝန်များ / အလုပ်သမား အဆောင် (တန်းလျား)

/အခြားနရာ : _____

Do you have any existing medical problems?
သင့်တွင် (ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ) ရောဂါတစ်ခုခုရှိပါသလား။

		If yes, what medication are you on? အကယ်၍ ရှိလျှင်၊ ဘာဆေးများ သောက်နေပေါ့သနည်း။
High Blood Pressure သွေးတိုး	No / Yes မရှိ / ရှိ	
Diabetes ဆီးချို၊ သွေးချို	No / Yes မရှိ / ရှိ	
Previous Heart Problems နှလုံးရောဂါ	No / Yes မရှိ / ရှိ	
High Cholesterol သွေးအဆီတိုး	No / Yes မရှိ / ရှိ	
Allergies ဓာတ်မတည့်ခြင်း	No / Yes မရှိ / ရှိ	
Others အခြား		

Are you currently experiencing any of the following?

သင်လက်ရှိ အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာတစ်ခုခု ခံစားနေရပါသလား။

		<p>If yes, when did the symptoms start: Date / Month / Year အကယ်၍ ရှိလျှင်၊ ဘယ်အချိန်တွင် စခံစားရပါသလဲ။ နေ့ / လ / နှစ်</p>
<p>Shortness of Breath / Difficulty Breathing အသက်ရှူကျပ်ခင်း / အသက်ရှူခက်ခဲခင်း</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	
<p>Chest Pain / Palpitations ရင်ဘတ်နာခင်း / ရင်တုံခင်း</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	
<p>Are you feeling worse than before သင်အရင်က ထက်ပိုဆိုးနေသလို့ ခံစားနေရပါသလား။</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	
<p>Blocked / Running Nose နှာခေါင်းပိတ်ဆို့ / နှာရည်ယိုခင်း</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	
<p>Cough ချောင်းဆိုးခင်း</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	
<p>Sore Throat လည်ချောင်းနာခင်း</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	
<p>Painful Toes ခြေချောင်းများနာကျင်ခင်း</p>	No / Yes မရှိ / ရှိ	

Unable to Smell အနံ့မရနိုင်ခြင်း	No / Yes မရှိ / ရှိ	
Taste Disturbances အရသာခံစားမှု ပကြောင်းလဲခြင်း/မရခြင်း	No / Yes မရှိ / ရှိ	