

ဆရာဝန်နှင့် ဆက်သွယ်ရန် တရားဝင် ခွင့်ပြုသည်

Authorisation to contact doctor

ဤပုံစံကို မိဘ/အုပ်ထိန်းသူက အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်ရန် ဖြစ်သည်။

ကျောင်းသားအမည် \_\_\_\_\_ Name of student

ကျောင်းသား စာရင်းသွင်းထားသည့် /စာရင်းသွင်းရန် လျှောက်ထားသည့် ကျောင်း အမည်။

\_\_\_\_\_ Name of school

ကျွန်ုပ်အား အောက်ပါ အချက်အလက်များကို အသိပေးအကြောင်းကြားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

- 1. ကျွန်ုပ်ရဲ့ ကလေး၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့် ၎င်းမှကျိုးကြောင်းဆက်စပ်မှုတို့ကို ဆေးကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်နှင့် ကျောင်းကဆွေးနွေးလို ကြောင်း၊ ထိုကဲ့သို့ ဆွေးနွေးခြင်းဖြင့် ကျောင်းအနေနှင့် ကျောင်းသားများတစ်ယောက်ချင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲအကောင်အထည်ဖော်နိုင်ရန် ဖြစ်ကြောင်း သိရပါသည်။
2. ကျောင်းအနေနှင့် ရရှိလိုသော အချက်အလက်များမှာ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ မတည့်သည့်အရာဝတ္ထု တစ်စုံတစ်ရာနှင့် ထိမိစားမိလျှင် ခံစားရသည့် ဝေဒနာအကြောင်း နှင့် အင်နာဖီလက်ဆစ်ဟုခေါ်သည့် ယင်းဝေဒနာ၏ သေနိုင်လောက်သည့် အဆိုးဝါးဆုံးအဆင့်သို့ ကူးပြောင်းသွားနိုင်သည့် အလားအလာ ရှိ မရှိ၊ စာသင်ချိန် နှင့် ကျောင်းကြီးကြပ်ဆောင်ရွက်ပေးသည့် လှုပ်ရှားမှုများတွင် ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ကျောင်းမှ ဝိုင်းဝန်းကူညီမှုအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်မည့် အခြားကျန်းမာရေးအခြေအနေများလည်း ပါဝင်ပါသည်။

ကျောင်းအနေနှင့် ကျောင်းသားများတစ်ယောက်ချင်းအတွက် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲအကောင်အထည်ဖော်နိုင်ရန် အတွက် ဆရာဝန်မှ ကျောင်းသို့ ပေးသော သတင်းအချက်အလက်များကို အသုံးပြုလျှင်ပြုမည် သို့မဟုတ် ထိုကိစ္စအတွက်ပင် ကျောင်းဝန်ထမ်းများက အခြားပုဂ္ဂိုလ်များထံဖော်ပြရန် အလား အလာရှိကြောင်း လည်း ကျွန်ုပ်အား အကြောင်းကြားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ပညာရှင်အနေနှင့် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ မတည့်သည့်အရာဝတ္ထု တစ်စုံတစ်ရာနှင့် ထိမိစားမိလျှင် ခံစားရသည့် ဝေဒနာအကြောင်း နှင့် အင်နာဖီလက်ဆစ်ဟုခေါ်သည့် ယင်းဝေဒနာ၏ သေနိုင်လောက်သည့် အဆိုးဝါးဆုံးအဆင့်သို့ ကူးပြောင်းသွားနိုင်သည့် အလားအလာ ရှိ မရှိ၊ စာသင်ယူရာမှာ စိတ်ကစဉ်ကလျားဖြစ်ခြင်းအပါအဝင် စာသင်ချိန် နှင့် ကျောင်းကြီးကြပ်ဆောင်ရွက်ပေးသည့် လှုပ်ရှားမှုများတွင် ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ကျောင်းမှ ဝိုင်းဝန်းကူညီမှုအပေါ် အကျိုးသက်ရောက်မှု ရှိနိုင်မည့် အခြားအခြေအနေများ ကိုပါ ပညာရေးဌာနနှင့် လူမျိုးစုများ/ကျောင်းသို့ ဖော်ပြပေးရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူပါသည်။

ဆရာဝန်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ (Doctor's information) :
ဆရာဝန်၏ အမည် \_\_\_\_\_ Name of doctor
ဆရာဝန်၏ လိပ်စာ \_\_\_\_\_ Address of doctor
ဆရာဝန်၏ တယ်လီဖုန်း နံပါတ် \_\_\_\_\_ Doctor's phone number
ဆရာဝန်၏ မိုဘိုင်းဖုန်း၊ သိလျှင် \_\_\_\_\_ Doctor's mobile
ဆရာဝန်၏ အီးမေးလ် သိလျှင် \_\_\_\_\_ Doctor's email
ဆရာဝန်၏ ဖက်စ် နံပါတ် သိလျှင် \_\_\_\_\_ Doctor's fax

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် \_\_\_\_\_ Signature of parent/carer

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည် (စာလုံးကြီးနှင့်ရေးပါ) \_\_\_\_\_ Name of parent/carer