



FORT WAYNE COMMUNITY SCHOOLS Immunization History

ကာကွယ်ဆေးထိုးထားသောအကြောင်းအရာ

Burmese

မိဘ အုပ်ထိမ်းသူကသာ ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည် _____

ကျောင်းသားသူ၏(နောက်ဆုံးပဌမနာမည်) _____ မွေးနေ့ _____ / _____ / _____

လိင် ကျား မ နေရပ်လိပ်စာ _____ ကျောင်း _____ အတန်း _____

မိဘအုပ်ထိမ်းသူ၏နာမည် _____ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____

ဝက်သက်ကြွက်သက်ပေါက်ခြင်း

မှန်ပါသည်ဝက်သက်ကြွက်သက်ပေါက်ပါသည်။ ပေါက်သောနေ့ _____ ဆရာဝန်လက်မှတ် _____

မပေါက်သေးပါ

ကျောင်းအပ်သောအခါတွင် ဆေးများထိုးထားသည့် စာရင်းလိုအပ်ပါသည်။ အင်းဒီးယားနားပြည်နယ်၏ ဥပဒေအရ ကျောင်းသားကျောင်းသူ ကလေးအားလုံးဆေးများကို ပြည်စုံအောင်ထိုးကြရန် လိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင်ပါသော မှတ်တမ်းပေါ်တွင် သင်တို့ ၏မိသားစု ဆရာဝန်အား သင်တို့ ကလေး၏ ဆေးစာရင်းရာဇဝင်ကို ဖြည့်စွက်ခိုင်းပြီးနောက် ဖြည့်ပြီးသောပုံစံကို သင်တို့ ကလေး၏ ကျောင်းသို့ ပြန်ပို့ပေးပါ။ မှတ်သားထားရန်မှာ၊ မိဘ၏စာနှင့်ရေးသားတင်ပြတောင်းဆိုသည် ဆေးထိုးရန်ငြင်းဆိုသည် ငြင်းဆိုခြင်းမှတစ်ပါးလိုအပ်သောဆေးများကို မထိုးပါက ဥပဒေအတိုင်း ကျောင်းမှထုတ်ပယ်ခြင်းကို ခံရပါလိမ့်မည်။

ဆရာဝန်(သို့) ဆေးခန်းမှ ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ _____

DATE(S) OF IMMUNIZATION/TEST

DTP/DTaP

Td

OPV

IPV

MMR #1 Measles

or

MMR #2 Mumps

Rubella

Hepatitis B

Varicella

Other Type _____

Most recent TB Type _____ Result _____

Health care provider's signature _____ Date _____