



# 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 ပြည့်ပြီးသောပုံစံကို 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 \_\_\_\_\_