



HEALTH POINT Specialist Clinic & Diagnostic Center
Patient Registration Form

[LAB] [HC] [HQ]

PCR Test	RDT Test	Antibody Quanti Test	Antibody Quali Test	X rays
Check up for travel	PUI	Contact	Quarantine	Other

Personal information/ကိုယ်စေ့အချက်အလက်များ

အမည်/Full Name*

မွေးသက္ကရာဇ်/Date Of Birth* အသက်/Age*

Passport Number/NRC*

နိုင်ငံသား/လူမျိုး/Nationality* ကျား/မ Male/Female*

အလုပ်အကိုင်/Occupation*

ယခုလက်ရှိနေရပ်လိပ်စာ/Current Address*

ပုန်းနံပါတ်/Contact Number*

FLIGHT INFORMATION

TRAVEL DESTINATION

PATIENT REQUEST

Contact history/ထိတွေ့မှုရာဇဝင်

Contact with COVID-19 positive case/positive လူမှာနှင့် တွေ့မိဖူးရှိမရှိ Yes/ရှိ No/မရှိ

If yes: please mention with whom/ရှိပါက တွင်း၏အမည်ကို ရေးပေးပါရန် Last _____ days

Travel History/ခရီးသွားရာဇဝင်

Travelled Last 14 days/လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက် အတွင်း ခရီးသွားမိဖူးရှိမရှိ Yes/ရှိ No/မရှိ

If yes: domestically/ရိုင်းပြည်တွင်းမှ ခရီးသွားရမည်ဆိုပါက အမည်ကို ရေးပေးပါရန် (ပြည်တွင်း)

If yes: internationally/ရိုင်းပြည်ပမှ ခရီးသွားရမည်ဆိုပါက အမည်ကို ရေးပေးပါရန် (ပြည်ပ)

Patient Complaint and/or symptoms/ရောဂါလက္ခဏာများ

date of first symptom onset (dd/mm/yyyy)

	Yes/ရှိ	No/မရှိ		Yes/ရှိ	No/မရှိ		
Loss of smell/အနံ့ပျောက်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sore Throat/လည်ချောင်းနာ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fever/ဖျားနာ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shortness of breath/အသက်ရှုမဝခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cough/ချောင်းဆိုး	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Loss of taste/အရသာပျောက်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Headache/ခေါင်းကိုက်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Running nose/နှာစေး	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Myalgia/ကျဏ်သားနာကျင်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/အခြား	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Medical history/ရောဂါအိမ်များ	Yes/ရှိ	No/မရှိ	NA	Yes/ရှိ	No/မရှိ	NA	
Hypertension/သွေးတိုး	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TB/တီဘီ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac failure/နှလုံးရောဂါ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer/ကင်ဆာ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke/ဦးနှောက်သွေးကကြွပ်ခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/ဆီးချို	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/ပန်းနာရင်ကြပ်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnancy/ကိုယ်ဝန်ရှိ/မရှိ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratory diseases/အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic Liver diseases/နာတာရှည်အသည်းရောဂါ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renal diseases/ကျောက်ကပ်နှင့်သက်ဆိုင်သောရောဂါ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/အခြား	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specimen Collection and results

Molecular Testing

Oropharyngeal swb and Nasopharyngeal Swab (first)

Oropharyngeal swb and Nasopharyngeal Swab (second)