

PRE-ADMISSION FORM FOR LOG

ဆေးရုံတက်ရောက်ရန် LOG (Letter of Guarantee) တောင်းခံလွှာ

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါ အချက်အလက်များ/စာရွက်စာတမ်းများကို Ulink Assist Myanmar ထံသို့ တင်ပြပါ။

- (က) LOG ထုတ်ပေးနိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါအချက်အလက်များ အားလုံးကို ဖြည့်စွက်ပါ။
- (ခ) လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်း အားလုံးကို တင်ပြပါ။
- (ဂ) ဆေးရုံတက်ရောက်ရမည့် ရက်ပေါင်း (ခန့်မှန်း) နှင့် ဆေးရုံတက် ကုန်ကျစရိတ် (ခန့်မှန်း)
- (ဃ) မတူကွဲပြားသော ဆေးရုံတက်ရောက်မှု/နာမကျန်းမှု/ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ရမှုများအတွက် သီးခြားတောင်းခံလွှာများကို အသုံးပြုတင်ပြပေးပါ
- (င) အချက်အလက်/ဆေးမှတ်တမ်း စာရွက်စာတမ်းများ ပြည့်စုံစွာ တင်ပြခြင်း မရှိပါက LOG ကို ငြင်းပယ်ခြင်း (သို့မဟုတ်) LOG ထုတ်ပေးရာတွင် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါသည်။

Part (1) - အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသူမှ ဖြည့်စွက်ရန်



(က) လူနာ၏ အချက်အလက်များ

လူနာ၏ အမည်	
ပေါ်လစီအမှတ်	G041
မှတ်ပုံတင်အမှတ်	11/ThaTaNa(N)082285
မွေးသက္ကရာဇ် အပြည့်အစုံ	30/Apr/1994
ဆေးရုံတက်ရောက်မည့်နေ့	
ဆေးရုံအမည်	Pan Hlaing (TGI)
ဆရာဝန်၏ အမည်	Dr. Malut Seng Aung
အခန်း အမျိုးအစား/ Ward အမျိုးအစား	Outpatient

(ခ) ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ

အီးမေးလ်	myat.thandar.naing@daiichilife.com.mm
ဖုန်းနံပါတ်	09-402384699

(ဂ) အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသူ၏ ဖွင့်ဟကြေညာချက်၊ သဘောတူညီချက်နှင့် ခွင့်ပြုချက်

လက်မှတ်		ဤတောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သောနေ့	11/Nov/2025
အာမခံထားသူ၏ အမည်		လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါက)*	Self

ဤ LOG တောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သူ ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတိုင်း ဖွင့်ဟကြေညာပါသည်။

(က) ကျွန်ုပ်သည် လူနာ (သို့မဟုတ်) လူနာ၏ မိဘ (သို့မဟုတ်) အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်ပါသည်။ (အသက် ၁၈ နှစ်အောက် လူနာဖြစ်ခဲ့လျှင်)

(ခ) ဤ LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များအားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိရှိထားသမျှ ဖြည့်စွက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များ၊ ကျန်းမာရေးအခြေအနေများနှင့် သက်ဆိုင်သော (ထိုအချက်အလက်၊ အခြေအနေများတွင် ကျန်းမာရေး ရာဇဝင်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ မူးယစ်ဆေး/အရက် သုံးစွဲမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ AIDS အပါအဝင် လိင်မှတစ်ဆင့် ကူးစက်တတ်သော ရောဂါဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါသည်) လိုအပ်သမျှ မှတ်တမ်းများ၊ ဆေးစစ်ချက်အဖြေများ၊ စာရွက်စာတမ်းများ၊ ကျသင့်ငွေတောင်းခံလွှာများ အားလုံးကို Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ၎င်း၏မိတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ စီးပွားဖက်များ၊ အဖွဲ့အစည်းများထံ လိုအပ်သလို ပေးအပ်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ကို ကုသမည့် ဆရာဝန်(များ)၊ ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းများနှင့် အခြားသော ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်သူများအား ခွင့်ပြုပါသည်။

(ဃ) ကျွန်ုပ်ထံမှ/ကျွန်ုပ် အခွင့်အာဏာပေးအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်များထံမှ/ကျွန်ုပ်ကို ကုသပေးသော ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ ရရှိသော အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးစစ်ချက်အဖြေများကို ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန်၊ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးအပ်ရန်၊ ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးအာမခံ အကာအကွယ်နှင့် သက်ဆိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ရပိုင်ခွင့်များ အစရှိသည့် ကျိုးကြောင်းညီညွတ်သော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုရန် Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ၎င်း၏မိတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ စီးပွားဖက်များ၊ အဖွဲ့အစည်းများကို အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။

(င) ကျွန်ုပ်၏ ဆေးကုသမှုအတွက် အကျိုးဝင်၊ အတည်ပြုထားသော ဆေးကုသစရိတ်များကို သက်ဆိုင်ရာ ဆေးခန်း/ဆေးရုံနှင့် တိုက်ရိုက်ပေးချေသည့် နေရာတွင်သာ ဤတောင်းခံလွှာပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမည်အကြောင်း သိရှိနားလည်ပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်ပမာဏထက် ပိုများနေသည့် ဆေးကုသစရိတ် နှင့် အကျိုးခံစားခွင့် မရနိုင်သော ဆေးကုသစရိတ်များအတွက် (ရှိခဲ့လျှင်) ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပြီးသည့် နေ့မှစ၍ ရုံးဖွင့်ရက် ၇ ရက်အတွင်း သက်ဆိုင်ရာ ဆေးခန်း/ဆေးရုံ သို့မဟုတ် Ulink Assist Myanmar ထံ ပေးချေရမည်ကို သဘောတူပါသည်။ အမှန်တကယ် အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနိုင်မည့် ပမာဏသည် LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် အချက်အလက်များ၊ အမှန်တကယ် ဖြစ်ပွားသည့် ရောဂါ၊ အကျိုးဝင်သည့် ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏ၊ အကျိုးခံစားခွင့် မရနိုင်သည့် ကိစ္စရပ်များ၊ ပေါ်လစီစည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက် အခြေအနေများအပေါ် မူတည်ပါသည်။

PART (2) - TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

Section A: Medical details

a) Diagnosis / Provisional Diagnosis - Paronychia of the right big toe

b) Is the condition and treatment related to the following:

- ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Miscarriage Or any complications arising therefrom
- ☐ Congenital / Hereditary disease
- ☐ Drugs / Alcohol abuse
- ☐ Mental / Psychiatric disorder
- ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
- ☐ STD / AIDS/ HIV related
- ☒ None of the above

c) Details of clinical features

Date of first consultation 11/Nov/2025
Estimated date of onset of symptoms 1 month
Duration of symptoms 1 month
Description of signs and symptoms Paronychia of the right big toe

d) Can the condition be managed under Outpatient basis?

☒ YES ☐ NO

3/5

VERSION 2/JUN 2023

If YES, please provide reason for this hospitalisation

Hospitalisation is not required, the condition can be managed with a minor day p

- e) Any previous consultation / treatment / hospitalization for this symptom / illness or related conditions, or other disorders whether in this hospital or any other facilities prior to current admission?

☐ YES ☒ NO

If YES, please send previous hospitalisation and medical reports.

- f) Name of surgery or procedure (if applicable)

Nail Avulsion.

- g) Estimated length of stay in hospital

1 day.

- h) Estimated hospital cost

-

- i) If hospitalization was due to injury, please indicate date and time of injured event and describe circumstances and cause of injury

Date and time of accident:

12/11/25, 1pm

Circumstances and cause of injury

- j) Additional attachment if any (E.g., Relevant Medical Record, Referral Letter, Police report for accident, biopsy report)


Paronychia of the Rt big toe off & on x 1yr.

Section B: Declaration, Consent and Authorisation by attending doctor

By completing the form, I hereby declare that:

- (a) I have personally examined and treated the Insured (i.e. patient) in respect of the medical condition described above and that the information stated above represent my genuine and honest opinion of his/her condition and my recommended treatment; and
- (b) All information on this pre-admission form is true and correct based on the best of my knowledge.

(c) I authorize (name of insurer) to release this medical information (these may include information regarding past medical history, psychological notes, drug or alcohol abuse notes, AIDS and other sexually transmitted disease related information) to Ulink Assist Myanmar, including its associate companies, partners and affiliates, as may be required.

Doctor's Name	Muht Kyaw Win ဒေါ်ကော့မြတ်ကျော်စိုး	Doctor's Signature	
Medical License No. (or) Stamp of Doctor	M.B., B.S (Mdy), M.Med.Sc (Ortho) Dr. Med. Sc (Ortho) FICS (Ortho)	Date of declaration	12.11.2024

- Patients need to do Nail Analysis at big toe

ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း

- Dai-ichi Life သည် customer များ စိတ်ချမ်းမြေ့ကျေနပ်မှု ရရှိစေရေးအတွက် အကောင်းဆုံးသော ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်နိုင်ရန် အစဉ်အမြဲ ကြိုးစားလျက်ရှိပါသည်။ သို့ဖြစ်ပါ၍ customer များ ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံရာတွင် ပိုမိုလွယ်ကူလျင်မြန်စွာ ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်အတွက် ယုံကြည်စိတ်ချအားကိုးရသော Ulink Assist Myanmar နှင့် တရားဝင်ပူးပေါင်း ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါကြောင်း အသိပေးအပ်ပါသည်။
- စုံစမ်းမေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက +95 9 774 777 733 သို့လည်း တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။



16-09, Office Tower 2, Times City, Hanthawaddy Road, Kamayut Township, 11041, Yangon.