

健康診断問診票



ミャンマー語サンプル

個人番号

団体番号

団体名

団体住所

フリガナ

氏名

①

②

③

④

⑤

所・W・読

健保名 保険者番号

本人 家族 配偶者

記号 番号 枝番

性別 男 女

生年月日 西暦 年 月 日

雇用年月日 年 月 日

基本	採血	心電図	胸部	胃部	大腸	腹部超音波	眼底	眼圧	呼吸機能	乳	子宮
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

အနီရောင်အကွက်ကို ခဲတံဖြင့်ဖြည့်ပါ။ ကျေးဇူးပြု၍ နှိုင်းရေးလက်မှတ်ကို စက်ဖြင့်လုပ်ဆောင်သောကြောင့် ကိုင်းညွတ်ခြင်း၊ လိမ်းကျခြင်းသို့မဟုတ် မဖြတ်ပါနှင့်။

လက်ရှိ အလုပ်အကိုင် (အဓိက တစ်ချက်)၊

① ထုတ်လုပ်မှုလုပ်ငန်းစဉ်/အလုပ်သမားအလုပ် ② လမ်းပန်းဆက်သွယ်ရေး/ဆောက်လုပ်ရေးအလုပ် ③ ဝန်ဆောင်မှုအလုပ် ④ အရောင်းရာထူး ⑤ ၅။စာရေးအလုပ် ⑥ အရောင်းဝန်ထမ်း

⑦ စိုက်ပျိုးရေး/သစ်တောစိုက်ပျိုးရေးလုပ်ငန်းအလုပ် ⑧ အထူးပြုနည်းပညာဆိုင်ရာရာထူး ⑨ စီမံခန့်ခွဲမှု ⑩ Security အလုပ် ⑪ ကျောင်းသား/အိမ်ရှင်မ/အလုပ်လက်မဲ့

အထူးစစ်ဆေးရေး

① အော်ဂဲနစ် လက်ရှိ အတိတ် ② ခဲ လက်ရှိ အတိတ် ③ ဖန်မှန် လက်ရှိ အတိတ် ④ Asbestos လက်ရှိ အတိတ် ⑤ အိုင်ယန်ဓာတ်ရောင်ခြင်း လက်ရှိ အတိတ် ⑥ သတ်မှတ်ထားသော ဓာတ်ပစ္စည်းများ လက်ရှိ အတိတ်

⑦ သတင်းအချက်အလက်ကိရိယာ (VDT) လက်ရှိ အတိတ် ⑧ တုန်ခါမှုကိရိယာ လက်ရှိ အတိတ် ⑨ ဆူညံသံဆိုင်ရာ လက်ရှိ အတိတ် ⑩ အခြားသူများ () လက်ရှိ အတိတ် ⑪ လေးလံသော လက်ရှိ အတိတ်

အလုပ်လုပ်တဲ့စနစ်

① အချိန်ပြည့် နေ့ဆိုင်း ② အချိန်တိုင်း ညဆိုင်း ③ Shift စနစ် (နေ့ဆိုင်းနှင့် ညဆိုင်း)

တစ်နေ့လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်ချိန် (ပြီးခဲ့သောလ)

① 6 နာရီအောက် ② 6 နာရီမှ ၈ နာရီအောက် ③ ၈ နာရီမှ ၁၀ နာရီအောက် ④ 10 နာရီနှင့်အထက်

တစ်ပတ်လျှင် ပျမ်းမျှအလုပ်လုပ်ရက် (ပြီးခဲ့သည့်လ)

① 3 ရက်အောက် ② 3-5 ရက်အောက် ③ 5 ရက် ④ 6 ရက် သို့မဟုတ် ထိုထက်ပိုသည်။

Please fill in the question information marked ⊙ (if not marked ⊙, it is not necessary to fill in)

ရင်ဘတ်ဓာတ်မှန်/ရင်ဘတ် CT စစ်ဆေးနိုင်သူများအတွက်

သင့်ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုအတွက် မနှစ်က ရင်ဘတ်ဓာတ်မှန်ရိုက်ခဲခြင်းသို့မဟုတ် ရင်ဘတ် CT စစ်ဆေးနိုင်ခဲ့ပါသလား။ ဟုတ်တယ် မဟုတ်ဘူး

အူမကြီးကင်ဆာစစ်ဆေးခြင်း (fecal occult blood test)

ပြီးခဲ့သော 3 နှစ်အတွင်း အူမကြီးကင်ဆာစစ်ဆေးခြင်း (fecal occult blood test or colon camera) ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

သင့်မိသားစုတွင် အူမကြီးကင်ဆာရှိပါသလား။ မဟုတ် ဟုတ်တယ် (အဘိုး၊ မိဘ၊ သားသမီး မောင်နှမ)

အစာအိမ်ကင်ဆာ (ဘေရီယမ်) စစ်ဆေးမှုခံယူနိုင်သူများ

ဘေရီယမ်စစ်ဆေးမှုသည် ဓာတ်မတည့်သည့်လူက တာများ (အပူပိုက်ခြင်း၊ အသက်ရှူရခက်ခဲခြင်း စသည်) ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ကျွန်တော်မ (ပထမဆုံး)

※အစာအိမ်ကင်ဆာစစ်ဆေးခြင်း မပြုလုပ်နိုင်ပါ။

ပူးတွဲပါစာရွက် (သို့မဟုတ်နောက်ကျော) တွင် အစာအိမ်ကင်ဆာစစ်ဆေးခြင်းအတွင်း သတိထားရန်လိုအပ်သူများ၏ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ နှင့် သက်ဆိုင်ပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

အစာအိမ်၊ အစာအိမ်၊ duodenum သို့မဟုတ် အူမကြီးကို ခွဲစိတ်ဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

လွန်ခဲ့သည့် 3 နှစ်အတွင်းတွင် သင့်သည် အစာအိမ်ကင်ဆာစစ်ဆေးခြင်း (Barium) သို့မဟုတ် gastroscopy) ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်

ယခင်က Helicobacter pylori ကင်းစင်ရေး ကုသမှုကို သင် ခံယူဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ကျွန်တော်မ သိပါ

သင့် လက်ရှိတွင် Helicobacter pylori ကူးစက်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ် ကျွန်တော်မ သိပါ

pepsinogen စမ်းသပ်မှုကို ခံယူနိုင်သူများအတွက် အစာအိမ်ကင်ဆာဖြစ်နိုင်ခြေ အမျိုးအစားခွဲခြားခြင်း၊ စမ်းသပ်မှု ABC အမျိုးအစားခွဲခြားခြင်း

1 သင့်တွင် အစာအိမ် သို့မဟုတ် အူမကြီး အစာခြေလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ရောဂါများ ရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

2 အစာအိမ်အနား၊ duodenal ulcer reflux esophagitis စသည်တို့အတွက် ကုသမှုခံယူဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

3 အစာအိမ်အင်ဆစ်ကို နှိမ်နင်းရန် PPIs (proton pump inhibitors သို့မဟုတ် Takecáb) ကို ဖြစ်သက်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

4 အစာအိမ်ခွဲစိတ်မှု (gastrectomy) လုပ်ဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

5 နာတာရှည် ကျောက်ကပ်ဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းမှုရှိကြောင်းတွေ့ရှိဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

6 Helicobacter pylori အတွက် ကင်းစင်ရေး ကုသမှု ခံယူဖူးပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

7 သင့်တွင် ပဋိဇီဝဆေးများ (အဆုတ်ရောင်ရောဂါ၊ otitis media၊ emphysema စသည်) ကို ရေရှည်အသုံးပြုရန်လိုအပ်သည့်မည်သည့်ရောဂါရောင်စွဲရှိပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

8 သင့်သည် immunodeficiency/immunocompromise ဖြစ်စေသော ရောဂါများရှိပါသလား သို့မဟုတ် Steroids သောက်နေပါသလား။ ဟုတ် မဟုတ်ဘူး

※အထက်ပါမေးခွန်းလွှာတွင် "Yes" ဟုဖြေဆိုပါက စာမေးပွဲကို မှန်ကန်စွာ မဆုံးဖြတ်နိုင်သောကြောင့် စာမေးပွဲမဖြေဆိုနိုင်ပါ။

【個人情報取り扱い】 当協会は以下の目的で個人情報を利用いたします。

- 健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成、確実な納品および事後処置。
- 精度管理および公衆衛生向上のための学術的貢献。この目的で個人情報を利用する際は、個人を特定できない対策を講じます。
- 受診いただく検査項目は、健康診断を依頼される団体等との契約・取り決めに基づき実施いたします。

အနီရောင်ဘောင်တွင် ခဲတံဖြင့်ရေးပါ။

သင်သည် အောက်ပါ A.B.C ဆေးများကို သောက်နေပါ	ဟုတ်တ	မဟုတ်ဘူး
a. သွေးတိုးကျစေသောဆေးများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ခ. သွေးတွင်းသကြားဓာတ်ကျဆင်းစေသော သို့မဟုတ် အိုင်ဆီလင်တိုးခြင်း	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cholesterol နှင့် triglyceride ဆေးများ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်တွင် လေဖြတ်ခြင်း (ဦးနှောက်သွေးယိုစီးခြင်း၊ ဦးနှောက်သွေးကြောပေါက်ခြင်း စသည်) သို့မဟုတ် ကုသမှုခံယူဖူးကြောင်း ရောဂါဝန်တစ်ခုခု ပြောပြဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်တွင် နှလုံးရောဂါ (angina pectoris, myocardial infarction, arrhythmia, etc.) သို့မဟုတ် ကုသမှု ခံယူဖူးကြောင်း ဆရာဝန်ကို ပြောပြဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်တွင် နှလုံးရောဂါ ကျောက်ကပ်ရောဂါ သို့မဟုတ် ကျောက်ကပ်ဆိုင်ရာ ချို့ယွင်းမှု ရှိကြောင်း ဆရာဝန်တစ်ဦးမှ ပြောပြဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သင်တွင် သွေးအားနည်းရောဂါ ရှိကြောင်း (ဆေးစစ်ဆရာဝန်၏ ညွှန်ကြားမှုအပေါ်အစဉ်) ဆရာဝန်တစ်ဦးမှ ပြောပြဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အသက် 20 အရွယ်ကတည်းက ကိုယ်အလေးချိန် 10 ကီ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ဆေးထက်များစေသော ပေါ့ပါးသော လေ့ကျင့်ခန်းကို တစ်ကြိမ်လျှင် အနည်းဆုံး မိနစ် ၃၀၊ တစ်ပတ်လျှင် အနည်းဆုံး နှစ်ကြိမ် တစ်နှစ်ကျော်ကြာအောင် ပြုလုပ်လေ့ရှိပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
နှစ်စဉ်ဘဝတွင် တစ်နေ့လျှင် အနည်းဆုံး ၁ နာရီ လမ်းလျှောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ညီမျှသော ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားမှု ပြုလုပ်ခြင်း။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
တုခြားအသက်တူသူတွေထက် လမ်းလျှောက်တာ ပိုမြန်တယ်။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အိပ်ရေးဝအောင် အနားယူတယ်။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
တစ်ပတ်လျှင် သုံးကြိမ် သို့မဟုတ် ထိုထက်ပို၍ နံနက်စာမစားပါ။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
သုစာမစားမီ ၂ နာရီအတွင်း တစ်ပတ်လျှင် ၃ ရက် သို့မဟုတ် ထိုထက်ပို၍ စားပါ။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
တတ်နိုင်သမျှ ဓိုက်ဆာအောင် ကြိုးစားနေတယ်။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
အသီးအရွက်နဲ့ ပင်လယ်ရေညှိတွေကို ပိုစားဖို့ ကြိုးစားတယ်။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ဆားရှောင်နေတယ်။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
မနက်စာ၊ နေ့လည်စာ၊ ညစာ သုံးနပ်အပြင် အဆာပြေအချိုရည်တွေ ရောသောက်ပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ၀ နေ့တိုင်း <input type="checkbox"/> ၁ တစ်ခါ <input type="checkbox"/> ၂ ဝါကျဖြစ်သည်		
တခြားသူတွေနဲ့ ယှဉ်ရင် ဘယ်လောက်မြန်မြန်စားလဲ။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ၀ မြန်သည်။ <input type="checkbox"/> ၁ ထုံမှန် <input type="checkbox"/> ၂ နှေးတယ်။		
အစာဝါးသည့်အခါ ပြည်နယ်	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ၁ ဝါးစားလို့ရတယ်။		
<input type="checkbox"/> ၂ ဝါးရခက်စေသော သွားများ၊ သွားဖုံးကိုက်ခြင်းကဲ့သို့သော စိုးရိမ်စရာနေရာများရှိပါသည်။		
<input type="checkbox"/> ၃ ၃ ခက်ခက်ခဲခဲပါ။		
လေ့ကျင့်ခန်းနှင့် စားသောက်မှုအလေ့အထများကဲ့သို့ သင်၏နေထိုင်မှုပုံစံကို မြှင့်တင်လိုပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ၁ ကျွန်တော် တိုးတက်ဖို့ ရည်ရွယ်ချက် မရှိပါဘူး။		
<input type="checkbox"/> ၂ (6 လအတွင်း) တိုးတက်စေရန် ရည်ရွယ်ပါသည်။		
<input type="checkbox"/> ၃ မဝေးတော့ဘဲ အနာဂတ်မှာ တိုးတက်ဖို့ ရည်ရွယ်ထားပြီး (တစ်လအတွင်း) တဖြည်းဖြည်းနဲ့ စီတင်နေပါတယ်။		
<input type="checkbox"/> ၄ တိုးတက်မှုအတွက် လုပ်ဆောင်နေပြီ (6 လအတွင်း)		
<input type="checkbox"/> ၅ တိုးတက်မှုအတွက် လုပ်ဆောင်နေပြီ (6 လကျော်)		
သင်လူနေမှုပုံစံအလေ့အထများ တိုးတက်မှုကြောင့် မှန်လာစေရန်အတွက် တိကျသော ကျန်းမာရေးလမ်းညွှန်ချက်ကို သင်ရရှိဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ၀ ဟုတ်တ <input type="checkbox"/> ၁ မဟုတ်ဘူး		

အတိတ် သို့မဟုတ် လက်ရှိရောဂါ

<input type="checkbox"/> ၁ အထူးတလည် ဘာမှ မရှိပါဘူး။	ရောဂါအ	အခြေ
<input type="checkbox"/> ၂ အထူးတလည် ဘာမှ မရှိပါဘူး။	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၃ သွေးတိုး	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၄ Stroke	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၅ Myocardial infarction/angina pectoris	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၆ ပုံမမှန်ခြင်း။	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၇ ဆီးချိုရောဂါ	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၈ Dyslipidemia	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
(ကိုလက်စထရောနှင့် triglycerides များတွင် မမှန်ခြင်း)	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၉ နာတာရှည်ကျောက် (nephritis, nephrosis, etc.)	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၀ အသွားရောင်ရောဂါ ၁၀ (B *C နှင့် အခြားအရာများ)	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၁ Gastric ulcer/duodenal အစာအိမ်နာ	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၂ အခြားအစာခြေရောဂါ ()	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၃ နာတာရှည်ကျောက်ကပ်ပျက်ကွက်/ကျောက်ကပ်အတု	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၄ သွေးအားနည်းရောဂါ ၂၀	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၅ Cancer site စသည်တို့။ ()	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၆ အသွားရောင်ရောဂါ ၁၀ (B *C နှင့် အခြားအရာများ)	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၇ အဆုတ်တီဘီ	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၈ ပန်းနာရင်ကျပ်ရောဂါ ၁၈	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၁၉ Hyperuricemia (ဂေါက် အပါအဝင်)	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၂၀ သိုင်းရှိုက်ရောဂါ ၂၂	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၂၁ အခြားရောဂါများ 1 ()	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈
<input type="checkbox"/> ၂၂ အခြားရောဂါများ 2 ()	၈ ၈ ၈	၈ ၈ ၈

ဆေးလိပ် (စီးကရက်အသစ် အပါအဝင်)

<input type="checkbox"/> ၁ ဆေးလိပ်သောက်ခြင်း * (လွန်ခဲ့သည့်လက ဆေးလိပ်သောက်ခဲ့သည်)	တစ်နေ့လျှင်ပျမ်းမျှ	၈ ၈ ၈	စီးကရက်
<input type="checkbox"/> ၂ ဆေးလိပ်သောက်မှုတယ် * (လွန်ခဲ့တဲ့လက ဆေးလိပ်မသောက်ဘူး)		၈ ၈ ၈	
<input type="checkbox"/> ၃ ဆေးလိပ်မသောက်ဘူး (၀၀ မှလွှဲ၍)			

*ဆင့်တင်သက်တောတွင် ၆ လကျော် ဆေးလိပ်သောက်ဖူးခြင်း သို့မဟုတ် စုစုပေါင်း စီးကရက် 100 လိပ်သောက်ဖူးခြင်း

အမျိုးသမီးများအတွက်

ရာသီလာနေသလား

ဟုတ်တယ် မဟုတ်ဘူး

ကိုယ်ဝန်ရှိလား။ ကိုယ်ဝန် ကိုယ်ဝန်ရရှိခြင်း မဟုတ်ဘူး

*** အဆုတ်ကိုင်ဆောင်/ အစာအိမ်ကိုင်ဆောင် စစ်ဆေးခြင်း မပြုလုပ်နိုင်ပါ။**

ပြီးခဲ့သော 3 လအတွင်း လက္ခဏာများ

<input type="checkbox"/> ၁ အထူးတလည် ဘာမှ မရှိပါဘူး။
<input type="checkbox"/> ၂ ငါ့နားထဲမှာ မြည်နေတယ်။
<input type="checkbox"/> ၃ ဆက်တိုက် ချောင်းဆိုးခြင်း နှင့် သလိပ်ခြင်းဆက်ခံနိုင်ရုံသာ သွားရောက်ပါ။ (6 လအတွင်း) သွေးသလိပ်များပေါ်လာပါက နှစ်ဆားကုသမှု ချက်ချင်းခံယူပါ။
<input type="checkbox"/> ၄ တစ်ခါတစ်ရံ ခေါင်းကိုက်ခြင်း သို့မဟုတ် မူးဝေခြင်း သို့မဟုတ် မတ်တပ်ရပ်မူးခဲခြင်း
<input type="checkbox"/> ၅ ရင်ဘတ်အောင့်ခြင်း သို့မဟုတ် ရင်ဘတ်တွင် အစားများခံစားခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၆ သွေးခန့်နန်း မမှန်နိုင်ပါ။
<input type="checkbox"/> ၇ ရင်တုန်ခြင်းနှင့် အသက်ရှူမဝခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၈ ခါးနာခြင်း ၁၀
<input type="checkbox"/> ၉ 1 ပြင်းထန်သော ပန်းများ တောင့်တင်းခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၁၀ အစာအိမ်တွင် နာကျင်ခြင်း သို့မဟုတ် မအိပ်စားနိုင်ခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၁၁ အစာစားချင်စိတ်မရှိခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၁၂ ဝမ်းလျှော့ခြင်း ဖြစ်နိုင်သည်။
<input type="checkbox"/> ၁၃ မကြာခဏ အိပ်ရခက်ခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၁၄ မောပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း။
<input type="checkbox"/> ၁၅ အခြား (အကွရာ 10 လုံးအတွင်း) ()

အရက် သောက်သုံးသည့် အကြိမ်ရေ (အာဂရေ၊ ဆိုချို၊ ဝီယာ၊ အနောက်တိုင်းအရက် စသည်)

<input type="checkbox"/> ၁ နေ့တိုင်း	<input type="checkbox"/> ၇ ကျွန်တော် အလွန်အမင်း
<input type="checkbox"/> ၂ တစ်ပတ်လျှင် ၅-၆ ရက်	<input type="checkbox"/> ၈ မသောက်ဘူး (မသောက်နိုင်ဘူး)
<input type="checkbox"/> ၃ တစ်ပတ်လျှင် ၃-၄ ရက်	
<input type="checkbox"/> ၄ တစ်ပတ်လျှင် ၁-၂ ရက်	
<input type="checkbox"/> ၅ တစ်ပတ်လျှင် ၁ ရက်မှ ၂ ရက်	
<input type="checkbox"/> ၆ တစ်ပတ်လျှင် 1 ရက်ထက်နည်းသ	

အရက်သောက်သည့်နေ့များတွင် တစ်နေ့သော

<input type="checkbox"/> ၁ 1 ခွက်အောက်
<input type="checkbox"/> ၂ ၁-၂ ခွက်အောက်
<input type="checkbox"/> ၃ ၂-၃ ခွက်အောက်
<input type="checkbox"/> ၄ 3-5 ခွက်အောက်
<input type="checkbox"/> ၅ 5 ခွက် သို့မဟုတ် ထိုထက်ပိုသည်။

ဆွာဂရေ 1 ခွက် (အရက် 15%၊ 180mL) ဝီယာ (အရက် 5%၊ 500 မီလီလီတာ) Shochu (အရက် 25%၊ 110mL) ဝိုင် (အယ်လီကိုဟော ၁၄ ရာခိုင်နှုန်း၊ ၁၈၀ မီလီလီတာ) ဝီစကီ (အယ်လီကိုဟော 43%၊ ၆၀ မီလီလီတာ) Chū-Hi စည်သွတ်ဘူး (အရက် 5%၊ 500 မီလီလီတာ) Chū-Hi စည်သွတ်ဘူး (7% အရက်၊ 350 မီလီလီတာ)

*** အဆုတ်ကိုင်ဆောင်/ အစာအိမ်ကိုင်ဆောင် စစ်ဆေးခြင်း မပြုလုပ်နိုင်ပါ။**