

COVID-19 ရောဂါရှာဖွေရေးကိရိယာ

ဤကိရိယာကိုအသုံးပြု၍ DCBS ၏ဖောက်သည်များ နှင့်/သို့မဟုတ် ဧည့်သည်များထံတွင် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများ ရှိ မရှိကိုစစ်ဆေးပါ။

ရောဂါလက္ခဏာများ

လွန်ခဲ့သော သုံးရက်အတွင်း အောက်ဖော်ပြပါ ရောဂါလက္ခဏာအနက်မှ တစ်ခုခု၊ လက္ခဏာအသစ် သို့မဟုတ် ရှင်းမပြနိုင်လောက်သောခံစားမှု တစ်ခုခုဖြစ်ပေါ် ခဲ့ဖူးပါသလား။	ဟုတ်	မဟုတ်
ချောင်းဆိုးခြင်း		
အသက်ရှူကြပ်ခြင်း သို့မဟုတ် အသက်ရှူရခက်ခဲခြင်း		
ဖျားခြင်း		
အအေးမိခြင်း		
ကြွက်သားနာခြင်း		
လည်ချောင်းနာခြင်း		
ခေါင်းကိုက်ခြင်း		
ပျို့ခြင်း သို့မဟုတ် အော့အန်ခြင်း		
ဝမ်းပျက်ဝမ်းလျှော့ခြင်း		
နှာစေးခြင်း သို့မဟုတ် နှာခေါင်းပိတ်ခြင်း		
မောပန်းခြင်း		
အရသာ သို့မဟုတ် အနံ့ ခံအာရုံပျောက်ခြင်း		
အစာမစားခြင်း သို့မဟုတ် အစာစားလိုစိတ်မရှိခြင်း (မွေးကင်းစကလေးငယ်နှင့် ကလေးသူငယ်များ)		

စိုးရိမ်ဖွယ်ကောင်းသောအချက်များ

	ဟုတ်	မဟုတ်
လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း၊ သင့်အနေဖြင့် covid-19 ရောဂါ ဖြစ်ပွားသူတစ်ဦးဦး သို့မဟုတ် covid-19 ရောဂါလက္ခဏာရှိသူနှင့် (ခြောက်ပေအတွင်း) နီးနီးကပ်ကပ်ထိတွေ့ဆက်ဆံ ခဲ့ဖူးပါသလား။		
လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း အမေရိကန်ပြည်နယ် ၅၀ ၏ပြင်ပသို့ ခရီးထွက်ခဲ့ဖူးပါသလား။		
လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း အရေးကြီးကိစ္စမဟုတ်ဘဲ ကန်တာကီပြည်နယ်၏ ပြင်ပသို့ ခရီးထွက်ခဲ့ဖူးပါသလား။		
လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်အတွင်း ကန်တာကီ ကျန်းမာရေးဌာန သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူမှ သင့်အား ကွာရန်တင်း သို့မဟုတ် သီးသန့်နေရာတွင်နေရန်အတွက် ညွှန်ကြားခဲ့ဖူးပါသလား။ အကယ်၍ ညွှန်ကြားခြင်းခံခဲ့ရပါက၊ ကွာရန်တင်း သို့မဟုတ် သီးသန့်နေရာတွင် သင်နောက်ဆုံးနေခဲ့သည့် နေ့ရက်ကိုဖော်ပြပါ။		
<p>အထက်ဖော်ပြပါ မေးခွန်းများအနက် တစ်ခုခုကို "ဟုတ်" ဟုဖြေဆိုခဲ့ပါက၊ သင့်အလုပ်သမား သို့မဟုတ် သင့်ကလေး နှင့်ဆက်သွယ်ရာတွင် သင့်အတွက်သီးခြားစီစဉ်ပေးမှုကို လိုက်နာရန်အတွက်ညွှန်ကြားချက်ပေးပါလိမ့်မည်။</p>		

၀၅/၂၀/၂၀၂၀

