



Health Declaration Card
Ministry of Health, Myanmar

1. Please fill in using the capital letters

Flight Number (လေယာဉ်ခရီးစဉ်အမှတ်) ----- Seat Number (if Assigned)/ထိုင်ခုံအမှတ် (ရပြီးပါက) -----
Port of Origin (စတင်ထွက်ခွာခဲ့သည့် မြို့/နိုင်ငံ) ----- Arrival Date/ ရောက်ရှိရက်စွဲ ----/----/-----
Full Name (အမည်အပြည့်အစုံ) ----- Age (အသက်) -----
Nationality (နိုင်ငံသား) ----- Passport No. (နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်) -----
Full Address in Myanmar (နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ)/Hotel Name (ဟိုတယ်အမည်) -----
Number (အမှတ်) ----- Street (လမ်း) ----- Ward (ရပ်ကွက်) -----
Township (မြို့နယ်) ----- Region/State (တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်) ----- Phone No.(ဖုန်းနံပါတ်) -----

2. Only to be filled by Foreigners (နိုင်ငံခြားသားခရီးသည်များသာ ဖြည့်ရန်)

Types of Visa (ဗီဇာအမျိုးအစား) (Tourist/Business/Social/Diplomat/Others) -----
Purpose of Visit (လာရောက်ရခြင်း ရည်ရွယ်ချက်)-----
Destinations (သွားလာရန်စီစဉ်ထားသည့် ဒေသများ) -----
Length of Stays (နေထိုင်သည့်ကာလ)----- days (ရက်) FIT/Package (တစ်ဦးချင်း/ကြိုတင်စီစဉ်မှု) -----
Number of Member in your travel group -----

3. Do you have any of following signs and symptoms? (သင့်တွင် အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများ ရှိပါသလား)

Please tick the relevant boxes if you have any signs and symptoms. Please mark crossing the relevant boxes if you do not have any signs and symptoms) (သင့်တွင် ရောဂါလက္ခဏာများ ရှိပါက အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ မရှိပါက အမှား (X) ခြစ်ပါရန်)

High body temperature(ဖျားခြင်း) Sneezing(နှာမွန်ခြင်း) Cough(ချောင်းဆိုးခြင်း) Sore throat(လည်ချောင်းနာခြင်း)
Headache(ခေါင်းကိုက်ခြင်း) Joint Pain(အဆစ်အမြစ်နာကျင်ခြင်း) Body Pain(ကိုယ်လက်ကိုက်ခဲခြင်း)
Shortness of breath(အသက်ရှူကျပ်ခြင်း) General loss of appetite(အစားအသောက်ပျက်ခြင်း) Vomiting(အော့အန်ခြင်း)
Rash or Vesicles(အရေပြားအနီစက်(သို့မဟုတ်)အရေကြည်ဖုထွက်ခြင်း) Swollen Lymph Node(ကိုယ်ခန္ဓာအကျိတ်ဖုများ ယောင်ယမ်းခြင်း)
Others (အခြားရောဂါလက္ခဏာများ) -----

4. Do you have any contact with COVID-19 suspected or confirmed cases within last 14 days? If yes, please tick the "Yes" box. If no, please tick the "No" box. (COVID-19 သံသယလူနာ/ အတည်ပြုလူနာများနှင့် လွန်ခဲ့သော (၁၄) ရက်အတွင်း ထိတွေ့မှုရှိခဲ့ပါသလား၊ ရှိပါက "ရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ မရှိပါက "မရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊)
Yes(ရှိ) No(မရှိ)

Do you have any contact with monkeypox suspected or confirmed cases within last 21 days? If yes, please tick the "Yes" box. If no, please tick the "No" box. (မောက်ကျောက်ရောဂါ သံသယလူနာ/ အတည်ပြုလူနာများနှင့် လွန်ခဲ့သော (၂၁) ရက်အတွင်း ထိတွေ့မှုရှိပါသလား၊ ရှိပါက "ရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ မရှိပါက "မရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊)
Yes(ရှိ) No(မရှိ)

5. Do you have COVID-19 testing result within 48 hours. If yes, please tick the "Yes" box. If no, please tick the "No" box. If testing was done, elaborate the result whether detected or not. (လွန်ခဲ့သော ၄၈ နာရီအတွင်း COVID-19 စစ်ဆေးခဲ့ခြင်း ရှိပါက "ရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ မရှိပါက "မရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ စစ်ဆေးခဲ့ခြင်း ရှိပါက စစ်ဆေးမှုရလဒ်အား ဆက်လက် ရွေးချယ်ပါရန် )

Yes(ရှိ) No(မရှိ) Positive/Detected(ရောဂါပိုးတွေ့) Negative/Not Detected(ရောဂါပိုးမတွေ့)

6. If you have any COVID-19 vaccination, please tick the "Yes" box. If do not have, please tick the "No" box. If yes, please describe the number and date of last vaccination. (ကိုဗစ်-၁၉ ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံထားရှိပြီးပါက "ထိုးနှံပြီး"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ ထိုးနှံထားခြင်း မရှိပါက "မထိုးနှံ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ ထိုးနှံပြီးပါက ထိုးနှံပြီးအကြိမ်အရေအတွက်နှင့် နောက်ဆုံးထိုးနှံထားသည့်ရက်အား ဖြည့်စွက်ပေးပါရန်)

Yes(ထိုးနှံပြီး) No(မထိုးနှံ) No. of Vaccination ----- Last Vaccination Date (နောက်ဆုံးထိုးသည့်ရက်) ----/----/-----

7. I will strictly follow the instructions on Quarantine and laboratory testing by Ministry of Health.

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ ချမှတ်ထားသော Quarantine စည်းကမ်းချက်များနှင့် ဓါတ်ခွဲနမူနာစစ်ဆေးခြင်းများအား လက်ခံသဘောတူပါသည်။
I certified that the information is accurate and correct. If not I aware that legal action will be taken.
ဖြည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ပြည့်စုံပါသည်။ မမှန်မကန်ဖြည့်သွင်းပါက တည်ဆဲဥပဒေအရ အရေးယူခြင်းခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

Signature of passenger/ခရီးသည်၏လက်မှတ် -----