

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ: _____ លេខអត្តសញ្ញាណ: _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

I. សូមគូសរង្វង់នៃចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវ (សូមទុកចំហរចោល បើសិនជាអ្នកពុំយល់នូវសំណួរនោះទេ):

- ១. បាទ/ចាស ទេ តើសុខភាពទូរទៅរបស់អ្នកល្អឬទេ?
- ២. បាទ/ចាស ទេ តើនៅក្នុងកំឡុង១ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ សុខភាពរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?
- ៣. បាទ/ចាស ទេ តើនៅក្នុងកំឡុង៣ឆ្នាំកន្លងទៅនេះ អ្នកមានសំណាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមានជម្ងឺអ្វីធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ?
បើមាន តើមកពីហេតុអ្វី? _____
- ៤. បាទ/ចាស ទេ តើនៅក្នុងពេលនេះ អ្នកមានទទួលការព្យាបាលដោយវេជ្ជបណ្ឌិតឬទេ? ព្យាបាលអ្វី? _____
ថ្ងៃខែឆ្នាំនៃការពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយ? _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំនៃការពិនិត្យធ្មេញចុងក្រោយ _____
- ៥. បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកមានបញ្ហាអ្វីឬទេនៅក្នុងការព្យាបាលធ្មេញលើកមុន?
- ៦. បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកមានឈឺអ្វីឬទេ នៅក្នុងពេលនេះ?

II. តើអ្នកមានធ្លាប់ :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ៧. បាទ/ចាស ទេ ឈឺដើមទ្រូង (អាតបេះដូង)? | ១៨. បាទ/ចាស ទេ វិលមុខ? |
| ៨. បាទ/ចាស ទេ ហើម កង្រើង? | ១៩. បាទ/ចាស ទេ ហ្នឹងត្រចៀក? |
| ៩. បាទ/ចាស ទេ ដកដង្ហើមផុត? | ២០. បាទ/ចាស ទេ ឈឺក្បាល? |
| ១០. បាទ/ចាស ទេ នៅពេលថ្មីៗ នេះ ចុះទម្ងន់ ក្តៅខ្លួន បែកញើសពេលយប់? | ២១. បាទ/ចាស ទេ ឯងធាតុមុខ? |
| ១១. បាទ/ចាស ទេ ក្អកអត់ឈប់ឈរ ក្អកមានឈាម? | ២២. បាទ/ចាស ទេ ស្រវាំងភ្នែក? |
| ១២. បាទ/ចាស ទេ មានបញ្ហាហូរឈាម សាច់ងាយជាំ? | ២៣. បាទ/ចាស ទេ ប្រកាច់? |
| ១៣. បាទ/ចាស ទេ បញ្ហាប្រព័ន្ធខ្នងច្រមុះ? | ២៤. បាទ/ចាស ទេ ស្រែកទឹកខ្លាំង? |
| ១៤. បាទ/ចាស ទេ បញ្ហាលេប? | ២៥. បាទ/ចាស ទេ បត់ជើងតូចញឹកញាប់? |
| ១៥. បាទ/ចាស ទេ រាគ ទល់ឈាមក មានឈាមនៅក្នុងឈាមក? | ២៦. បាទ/ចាស ទេ ស្លូតមាត់? |
| ១៦. បាទ/ចាស ទេ ក្អក ចង្ហោរញឹកញាប់? | ២៧. បាទ/ចាស ទេ កើតល្បើង? |
| ១៧. បាទ/ចាស ទេ មានបញ្ហាបត់ជើងតូច មានឈាមនៅក្នុងទឹកនោម? | ២៨. បាទ/ចាស ទេ ឈឺ ឬរឹងសន្ទាក់ដៃជើង? |

III. តើអ្នកមាន ឬធ្លាប់មាន:

- | | |
|---|--|
| ២៩. បាទ/ចាស ទេ ជម្ងឺបេះដូង? | ៤០. បាទ/ចាស ទេ ជម្ងឺអេដ? |
| ៣០. បាទ/ចាស ទេ គាំងបេះដូង ឬបេះដូងខូចខាត? | ៤១. បាទ/ចាស ទេ ដុះដុំសាច់ ជម្ងឺមហារីក? |
| ៣១. បាទ/ចាស ទេ ចង្វាក់បេះដូង ឈាមព្យាបាល? | ៤២. បាទ/ចាស ទេ អាតហើម រលាកសន្ទាក់ដៃជើង? |
| ៣២. បាទ/ចាស ទេ អាតគ្រុនរលាកសន្ទាក់ដៃជើង? | ៤៣. បាទ/ចាស ទេ អាតភ្នែក? |
| ៣៣. បាទ/ចាស ទេ អាតដាច់សរសៃប្រសាទ សរសៃឈាមឡើងវិញ? | ៤៤. បាទ/ចាស ទេ អាតស្បែក? |
| ៣៤. បាទ/ចាស ទេ អាតឡើងឈាម? | ៤៥. បាទ/ចាស ទេ អាតខ្វះឈាមក្រហម? |
| ៣៥. បាទ/ចាស ទេ អាតហឺត រលេង ហើមស្លុត និងអាតស្លុតផ្សេងៗ? | ៤៦. បាទ/ចាស ទេ អាតឆ្ងល់ដោយការសេពតាម (ស្វាយប្រមេះ)? |
| ៣៦. បាទ/ចាស ទេ អាតរលាកថ្លើម ឬអាតថ្លើមផ្សេងៗ ទៀត? | ៤៧. បាទ/ចាស ទេ អាតរម្ងាប់បែកទឹករំងេ? |
| ៣៧. បាទ/ចាស ទេ បញ្ហាពោះ រលាកក្រពះ? | ៤៨. បាទ/ចាស ទេ អាតតម្រងនោម ប្លោកនោម? |
| ៣៨. បាទ/ចាស ទេ ទាស់នឹងថ្នាំ ចំណីអាហារ ថ្នាំពេទ្យ ជាតិកៅស៊ូ? | ៤៩. បាទ/ចាស ទេ អាតហើម ក ប្រព័ន្ធតម្រងនោម? |
| ៣៩. បាទ/ចាស ទេ ក្រុមគ្រួសារធ្លាប់មានអាតទឹកនោមផ្អែម បញ្ហាបេះដូង ដុះសាច់? | ៥០. បាទ/ចាស ទេ អាតទឹកនោមផ្អែម? |

IV. តើអ្នកមាន ឬធ្លាប់មាន:

- | | | | |
|----------------|--|----------------|------------------------------|
| ៥១. បាទ/ចាស ទេ | ទទួលការព្យាបាលផ្នែកសតិអារម្មណ៍? | ៥៦. បាទ/ចាស ទេ | សំណាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ? |
| ៥២. បាទ/ចាស ទេ | ព្យាបាលដោយកំដៅ? | ៥៧. បាទ/ចាស ទេ | បញ្ហាលយាម? |
| ៥៣. បាទ/ចាស ទេ | ទទួលការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំខ្លាំងដើម្បីសម្លាប់រោគមហារីក(យើម៉ូ)? | ៥៨. បាទ/ចាស ទេ | ទទួលការវះកាត់? |
| ៥៤. បាទ/ចាស ទេ | ការប្តូរសន្ទះបេះដូង? | ៥៩. បាទ/ចាស ទេ | ត្រៀមយន្តកំរិតចង្វាក់បេះដូង? |
| ៥៥. បាទ/ចាស ទេ | សន្ទាក់ដៃជើងធ្វើពីជាតិកៅស៊ូ (ជ័រ)? | ៦០. បាទ/ចាស ទេ | កញ្ចក់ដាក់នៅលើកែវភ្នែក? |

V. តើអ្នកមានប្រើ :

- | | | | |
|----------------|--|----------------|-----------------|
| ៦១. បាទ/ចាស ទេ | ត្រៀមថ្នាំញៀន? | ៦៣. បាទ/ចាស ទេ | ថ្នាំជក់ផ្សេងៗ? |
| ៦២. បាទ/ចាស ទេ | ថ្នាំ ថ្នាំពេទ្យ ថ្នាំពេទ្យទិញនៅតាមហាង
(មានរួមទៅដោយអាស៊ីរីន Aspirin) និងការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ? | ៦៤. បាទ/ចាស ទេ | ស្រា? |

សូមរាយឈ្មោះ: _____

VI. សំរាប់តែស្ត្រី:

- | | | | |
|----------------|---------------------------------------|----------------|------------------------------|
| ៦៥. បាទ/ចាស ទេ | តើអ្នកមាន ឬអាចមានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅដោះកូន? | ៦៦. បាទ/ចាស ទេ | ប្រើថ្នាំការពារកុំអោយមានកូន? |
|----------------|---------------------------------------|----------------|------------------------------|

VII. អ្នកជម្ងឺទាំងអស់:

៦៧. បាទ/ចាស ទេ តើអ្នកមាន ឬធ្លាប់មានជម្ងឺផ្សេងៗ ឬបញ្ហាសុខភាព ដែលពុំ មានរាយនៅលើក្រដាសនេះ?

បើមាន សូមធ្វើការពន្យល់: _____

យោងទៅតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំបានឆ្លើយត្រឹមត្រូវសំណួរទាំងស្រុង និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំនឹងផ្តល់ដំណឹងដល់ពេទ្យឆ្លេញរបស់ខ្ញុំទៅលើការកែប្រែផ្នែកសុខភាព និង / ឬ ការប្រើថ្នាំពេទ្យរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____

ការពិនិត្យឡើងវិញទៅលើការចងចាំ:

១. ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____

២. ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____

៣. ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំ: _____