

តារាងសម្ភាសន៍ សុខភាពទូទៅ

□ ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ □ ការពិនិត្យនៅពេលរបត់ជីវិត

※ សូមឆ្លើយនូវសំណួរទាំងអស់ ដើម្បីភាពសុក្រិតនៃរបៀបវាយតម្លៃ ។

នាមត្រកូល		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	
នាមខ្លួន		ឈ្មោះ	ទូរសព្ទ
□ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព □ អ្នកទទួលជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ		អ៊ីមែល	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន			លេខកូដប្រៃសណីយ៍
			-

※ តើអ្នកយល់ស្របក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន ឬកំណត់សម្គាល់ ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ និង/ឬ ពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមរយៈសំបុត្រ ឬអ៊ីមែលដែរឬទេ? (សូមគូស☑) យល់ព្រម □ មិនយល់ព្រម □

※ ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីប្រវត្តិនៃ ស្ថានភាពសុខភាពរបស់លោកអ្នក

※ សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរ ខាងក្រោមតាមរយៈការគូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម

១. តើលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានពិនិត្យរកឃើញថាមានជំងឺណាមួយ ក្នុងចំណោមជំងឺខាងក្រោមដៃឬទេ (ប្រអប់ ក)? ឬក៏កំពុងតែធ្វើការព្យាបាលជំងឺណាមួយក្នុងចំណោមជំងឺខាងក្រោម(ប្រអប់ ខ)?

ឈ្មោះជំងឺ	ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល/ជំងឺខ្លិន	បេះដូង (គាំងបេះដូង)	សម្ពាធឈាមខ្ពស់	ទឹកនោមផ្អែម	ជាតិខ្លាញ់ខ្ពស់ក្នុងឈាម	រលេង	ផ្សេងទៀត (មហារីក)
ក							
ខ							

២. តើមានសមាជិកណាម្នាក់ ក្នុងគ្រួសាររបស់លោកអ្នកបានស្លាប់ ឬក៏មានជំងឺខាងក្រោមនេះទេ?

ឈ្មោះជំងឺ	ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល/ជំងឺខ្លិន	បេះដូង (គាំងបេះដូង)	សម្ពាធឈាមខ្ពស់	ទឹកនោមផ្អែម	ផ្សេងទៀត (មហារីក)
មាន					

៣. តើលោកអ្នកមានអង់ទីប្រូប៊ីយ៉ូស៊ីនប្រភេទ **B** ដៃឬទេ? ១.មាន ២.មិនមាន ៣.មិនដឹង

※ ទាំងនេះជាសំណួរ ទាក់ទងនឹងការជក់បារី

៤. សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរខាងក្រោមតាមរយៈការគូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម

៤-១. តើអ្នកធ្លាប់ជក់បារីលើសពី ៥កញ្ចប់ (បារី១០០ដើម) ក្នុងជីវិតរបស់អ្នកដែរឬទេ?

- ① ទេ, មិនដែលជក់ ។ (☒ ទៅកាន់សំណួរទី ៥) ② មែន, ខ្ញុំធ្លាប់ជក់ ប៉ុន្តែខ្ញុំបានផ្តាច់ហើយ (☒ ទៅសំណួរ ៥-២)
- ③ មែន ខ្ញុំកំពុងតែជក់ (☒ ទៅកាន់សំណួរ រទី ៥-៣)

៤-២ បើសិនជាលោកអ្នកធ្លាប់ជក់ តើអ្នកបានផ្តាច់នៅពេលនេះ សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរខាងក្រោម ។

តើលោកអ្នកធ្លាប់ជក់អស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំ?	សរុប _____ ឆ្នាំ
ជាធម្មតាលោកអ្នកជក់បារីប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ មុនពេលផ្តាច់?	_____ ដើម

៤-៣ បើសិនលោកអ្នកនៅកំពុងជក់បារី សូមឆ្លើយសំណួរ ខាងក្រោម ។

តើលោកអ្នកធ្លាប់ជក់អស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំ?	សរុប _____ ឆ្នាំ
ជាធម្មតាលោកអ្នកជក់បារីប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ ?	_____ ដើម

※ ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីការបរិភោគគ្រឿងស្រវឹង

៥. សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរ ខាងក្រោមទាក់ទងនឹងស្ថានភាពនៃការបរិភោគគ្រឿងស្រវឹងតាមរយៈការគូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ។

៥-១ តើលោកអ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹងប៉ុន្មានដងក្នុងមួយសប្តាហ៍?

- ០ ១ ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧

៥-២ ពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង តើលោកអ្នកទទួលបានកម្រិតណា? (កែវ)

(※ ដោយមិនគិតពីប្រភេទនៃគ្រឿងស្រវឹង បរិមាណទាំងអស់ត្រូវគិតជា កែវ ។ ស្រាបៀមួយកំប៉ុង (៣៥៥ cc) មានបរិមាណស្មើនឹង ១.៦កែវ)

*** ទាំងនេះជាសំណួរអំពីលំហាត់ប្រាណ**

៦. ទាំងនេះជាសំណួរអំពីសកម្មភាពផ្លូវកាយរបស់លោកអ្នកកាលពីសប្តាហ៍មុន ។ សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរខាងក្រោមតាមរយៈការគូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម

៦-១. កាលពីសប្តាហ៍មុន តើលោកអ្នកបានហាត់ប្រាណខ្លាំងលើសពី ២០នាទី រហូតដល់ហត់ស្ទើរផុតដង្ហើម ប៉ុន្មានដង ?
(ឧទាហរណ៍៖ ការរត់ ការហាត់ប្រាណ ការជិះកង់ក្នុងល្បឿនលឿន ជិះកង់ឡើងភ្នំ ។ល។)
០០ ០១ ០២ ០៣ ០៤ ០៥ ០៦ ០៧

៦-២ កាលពីសប្តាហ៍មុន តើលោកអ្នកបានហាត់ប្រាណមធ្យមលើសពី ៣០នាទី រហូតដល់ដង្ហើមលោកអ្នកញាប់ជាងធម្មតា ប៉ុន្មានដង ? (ឧទាហរណ៍៖ ការដើរលឿន ការលេងវាយកូនបាល់ ការជិះកង់ ការលាងសម្អាត ។ល។) * លើកលែងចម្លើយពី ៦-១ ។
០០ ០១ ០២ ០៣ ០៤ ០៥ ០៦ ០៧

៦-៣ កាលពីសប្តាហ៍មុន តើមានប៉ុន្មានថ្ងៃ ដែល លោកអ្នកធ្លាប់បានដើរយូរជាង ៣០នាទី ក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយរួមទាំងការដើរលើសពី ១០នាទីក្នុងមួយលើក (ឧទាហរណ៍៖ ការហាត់ប្រាណតិចៗ ការដើរទៅធ្វើការ ឬការដើរកំសាន្ត ។ល។) * លើកលែងចម្លើយ ពី ៦-១ និង ៦-២
០០ ០១ ០២ ០៣ ០៤ ០៥ ០៦ ០៧

*** ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីសមត្ថភាពនៃការចងចាំ (ចំពោះលោកអ្នកដែលមានអាយុ ៦៦, ៧០, ឬ ៧៤ ឆ្នាំ) ។
(បើសិនជាមានសមាជិកគ្រួសារដែលនៅជាមួយលោកអ្នក សូមឲ្យគាត់ឆ្លើយសំណួរ ។ បើសិនមិនមាន សូមឆ្លើយសំណួរដូចខាងក្រោម ដោយខ្លួនលោកអ្នកផ្ទាល់)**

៧. សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរខាងក្រោមអំពីសមត្ថភាពចងចាំរបស់លោកអ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងឆ្នាំមុន ។

៧-១ ការចងចាំមានភាពអន់ខ្សោយជាងគេក្នុងចំណោម មិត្តភក្តិ និងអ្នកដទៃ ។
① ទេ ② ពេលខ្លះ ③ មែន

៧-២ ការចងចាំមានភាពអន់ខ្សោយជាងឆ្នាំមុន ។
① ទេ ② ពេលខ្លះ ③ មែន

៧-៣ មិនអាចចងចាំបាន ទៅបីដោះស្រាយបញ្ហាសំខាន់ក៏ដោយ ។
① ទេ ② ពេលខ្លះ ③ មែន

៧-៤ តើអ្នកដទៃមានការចាប់អារម្មណ៍ថាសមត្ថភាពចងចាំរបស់លោកអ្នកមានការធ្លាក់ចុះដែរឬទេ?
① ទេ ② ពេលខ្លះ ③ មែន

៧-៥ តើលោកអ្នកមានការលំបាកក្នុងការធ្វើកិច្ចការ ដែលលោកអ្នកអាចធ្វើបានល្អកាលពីមុនដែរឬទេ?
① ទេ ② ពេលខ្លះ ③ មែន

*** ស្ថានភាពសតិអារម្មណ៍ (សម្រាប់លោកអ្នកមានអាយុ ៤០ឆ្នាំ)**

៨. សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរអំពីភាពញឹកញាប់ នៃការកើតឡើងរបស់រឿងខាងក្រោម កាលពីសប្តាហ៍មុន ។

កាលពីមួយសប្តាហ៍មុន ខ្ញុំ	សឹងតែមិនដែល (តិចជាង១ថ្ងៃ)	មិនញឹកញាប់ (ពីរ បីថ្ងៃ)	ពេលខ្លះ (លើសពី ៣ ថ្ងៃ)	តែងតែ (លើសពី ៥ ថ្ងៃ)
៨-១ មានការរំខាន និងផុសផុល ចំពោះ រឿងមិនធ្លាប់ដូច្នោះសោះកាលពីមុន ។				
៨-២ មិនចង់បរិភោគ និងបាត់បង់ ចំណង់ អាហារ ។				
៨-៣ មានអារម្មណ៍ស្រងូតស្រងាត់ ទោះបីជាអ្នកដទៃបានជួយក៏ដោយ ។				
៨-៤ មានអារម្មណ៍តប់ប្រមល់ ។				

* សូមបំពេញទម្រង់ បែបបទជាមួយនឹងឯកសារឧបសម្ព័ន្ធ ២ (សម្រាប់តែលោកអ្នកដែលមានអាយុ ៦៦ ឆ្នាំ)

តារាងសម្ភាសន៍សុខភាពបន្ថែម សម្រាប់អ្នកមានអាយុ ៦៦ឆ្នាំ

នាមត្រកូល		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ		ទូរស័ព្ទ	ផ្ទះ
នាមខ្លួន		លេខ			ទូរស័ព្ទដៃ
<input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាព <input type="checkbox"/> អ្នកទទួលជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ			អ៊ីមែល		
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន					លេខកូដប្រៃសណីយ៍
					-

※ តើលោកអ្នកយល់ស្របក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន ឬកំណត់សម្គាល់ ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ និង/ឬ ពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមរយៈសំបុត្រ ឬអ៊ីមែលដែរឬទេ? (សូមគូស☑) យល់ព្រម មិនយល់ព្រម

※ ទាំងនេះជាសំណួរអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ

១. តើលោកអ្នកចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺផ្តាសាយជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែរឬទេ?
 ① មែន ② មិនមែន

※ ទាំងនេះជាសំណួរអំពី សមត្ថភាពក្នុងការធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ

២. សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក តាមរយៈការគូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម

២-១ បើសិនជាមានគេចម្រៀបអាហារឲ្យលោកអ្នក លោកអ្នកអាចបរិភោគវាបានដោយខ្លួនឯង ដោយមិនចាំបាច់ត្រូវការជំនួយ ។
 ① មែន ② មិនមែន

២-២ លោកអ្នកអាចពាក់សម្លៀក បំពាក់បានដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ?
 ① មែន ② មិនមែន

២-៣ លោកអ្នកអាចទៅបន្ទប់ទឹកដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ?
 ① មែន ② មិនមែន

២-៤ លោកអ្នកអាចសម្អាត ខ្លួនអ្នកបានដោយខ្លួនឯងបាន ដោយមិនបាច់ត្រូវការជំនួយដែរឬទេ?
 ① មែន ② មិនមែន

២-៥ តើលោកអ្នកអាចចម្អិន អាហារបានដោយខ្លួនឯងបានដែរឬទេ?
 ① មែន ② មិនមែន

២-៦ តើលោកអ្នកអាចទៅកន្លែងផ្សេងៗ ដែលនៅជិតអាចដើរដល់ ដូចជាហាងលក់ទំនិញ គ្លីនិក អ្នកជិតខាង ការិយាល័យសាធារណៈ ដោយមិនបាច់ត្រូវការជំនួយ ដែរឬទេ?
 ① មែន ② មិនមែន

* ទាំងនេះជាសំណួរអំពី ស្ថានភាពសតិអារម្មណ៍
<p>៣. សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក តាមរយៈការគូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម</p> <p>៣-១ តើលោកអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍សកម្ម និងមានកម្លាំងចិត្តតិចក្នុងការធ្វើកិច្ចការអ្វីមួយ ថ្មីៗនេះដែរឬទេ?</p> <p>① មែន ② មិនមែន</p> <p>៣-២ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាលោកអ្នកមិនមានប្រយោជន៍ដែរឬទេ?</p> <p>① មែន ② មិនមែន</p> <p>៣-៣ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍អស់សង្ឃឹមចំពោះអនាគតដែរឬទេ?</p> <p>① មែន ② មិនមែន</p>
* ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីរបួសដោយការដួល និងប្រព័ន្ធតម្រង នោម ។
<p>៤. អំពីរបួសដោយការដួល៖ តើលោកអ្នកធ្លាប់ដួលក្នុងអំឡុង ពេល ៦ខែចុងក្រោយនេះទេ?</p> <p>① មែន ② មិនមែន</p> <p>៥. អំពីប្រព័ន្ធតម្រង នោម៖ តើលោកអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការបត់ជើងតូច ឬក៏មានបញ្ហា ក្នុងការទប់ទឹកនោមបាន ដែរឬទេ?</p> <p>① មែន ② មិនមែន</p>

សំណួរសម្ភាសន៍អំពីការពិនិត្យធ្មេញ

□ ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ □ ការពិនិត្យនៅពេលរបត់ជីវិត

នាមត្រកូល		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ		ទូរសព្ទ	ផ្ទះ
នាមខ្លួន		លេខ			ទូរសព្ទដៃ
□ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព □ អ្នកទទួលជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ			អ៊ីមែល		
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន					លេខកូដប្រៃសណីយ៍
					-

※ តើលោកអ្នកយល់ស្របក្នុងការទទួលព័ត៌មាន ឬកំណត់សម្គាល់ ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ និង/ឬ ពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមរយៈសំបុត្រ ឬអ៊ីមែលដែរឬទេ? (សូមគូសឆ្នោត) យល់ព្រម □ មិនយល់ព្រម □

※ ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីសេវាកម្មថែទាំ ធ្មេញ និង ការយល់ឃើញរបស់បុគ្គលទាក់ទងនឹងសុខភាពធ្មេញ។

១. តើលោកអ្នកធ្លាប់ទៅគ្លីនិក ធ្មេញ ឬទៅមន្ទីរពេទ្យធ្មេញដែរឬទេ?
- ① មែន ② មិនមែន ③ មិនដឹង
២. តើលោកអ្នកធ្លាប់ទទួលការសម្អាត ធ្មេញ និងខាត់ធ្មេញដែរឬទេ?
- ① មែន ② មិនមែន ③ មិនដឹង
៣. តើលោកអ្នកគិតយ៉ាងណាអំពីសុខភាពធ្មេញរបស់លោកអ្នក?
- ① ល្អណាស់ ② ល្អ ③ ធម្មតា ④ អាក្រក់ ⑤ អាក្រក់ណាស់

※ ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីទម្លាប់ ទាក់ទងនឹងការថែទាំ ធ្មេញរបស់លោកអ្នក

៤. តើលោកអ្នកដក់បារីដែរឬទេ?
- ① ទេ ② មែន ③ ផ្តាច់
៥. តើលោកអ្នកដុស ធ្មេញប៉ុន្មានដងកាលពីម្សិលមិញ? () ដង
៦. តើលោកអ្នកទម្លាប់សម្អាត ធ្មេញ មុនចូលគេងកម្រិត ណាដែរ កាលពីសប្តាហ៍មុន?
- ① តែងតែ ② ជាញឹកញាប់ ③ ពេលខ្លះ ④ មិនដែល
៧. តើលោកអ្នកប្រើខ្សែសម្រាប់ សម្អាតធ្មេញ ឬ ប្រាសដុសធ្មេញញឹកញាប់កម្រិត ណា?
- ① តែងតែ ② ជាញឹកញាប់ ③ ពេលខ្លះ ④ មិនដែល
- ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងថារបស់ទាំងអស់នោះជាអ្វីទេ

※ ទាំងនេះជាសំណួរ អំពីគោលការណ៍ទាក់ទងនឹងសុខភាពធ្មេញ ។

៨. តើលោកអ្នកមានធ្មេញឈឺធ្មេញទេ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំចុងក្រោយនេះ? ① មែន ② ទេ
៩. តើលោកអ្នកធ្លាប់ឈឺ ឬឈាមពីអញ្ចាញធ្មេញរបស់លោកអ្នកទេ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំចុងក្រោយនេះ? ① មែន ② ទេ
១០. តើលោកអ្នកធ្លាប់ឈឺអណ្តាត ឬក្នុងថ្ពាល់ដែរឬទេ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំចុងក្រោយនេះ?
- ① មែន ② មិនមែន
១១. តើលោកអ្នកធ្លាប់មានក្លិនមាត់មិនល្អទេ អំឡុងឆ្នាំចុងក្រោយនេះ? ① មែន ② ទេ
១២. តើលោកអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ឈឺធ្មេញ នៅពេលលោកអ្នកបរិភោគអាហារត្រជាក់ ឬនៅពេលលោកអ្នកដុសសម្អាត ធ្មេញ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំចុងក្រោយនេះទេ?
- ① មែន ② មិនមែន
១៣. តើលោកអ្នកធ្លាប់មានការលំបាក ក្នុងការបើកមាត់ ឬឈឺ ឬមានសំឡេងចេញពីសន្លាក់ផ្តាម ក្នុងអំឡុងឆ្នាំចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?
- ① មែន ② មិនមែន

[ឯកសារឧបសម្ព័ន្ធ ៣] <쑤뵡>

※ ទាំងនេះជាសំណួរអំពីមុខងាររបស់ធ្មេញ ។ (បើសិនជាលោកអ្នកប្រើធ្មេញសិប្បនិម្មិត សូមប្រាប់យើងអំពីអារម្មណ៍របស់លោកអ្នកនៅពេលអ្នកប្រើវា ។)

១៤. តើលោកអ្នកមានការលំបាក ក្នុងការទំពាអាហារ ដោយសារតែធ្មេញ ធ្មេញសិប្បនិម្មិត ឬសុខភាពអព្យាញរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ?

- ① លំបាកខ្លាំង ② លំបាក ③ ធម្មតា
- ④ មិនលំបាក ⑤ ងាយស្រួល

១៥. តើលោកអ្នកមានការលំបាកក្នុងការនិយាយដោយសារតែសុខភាពធ្មេញ ធ្មេញសិប្បនិម្មិត ឬបញ្ហាអព្យាញ ដែរឬទេ?

- ① លំបាកខ្លាំង ② លំបាក ③ ធម្មតា
- ④ មិនលំបាក ⑤ ងាយស្រួល

※ ទាំងនេះជាសំណួរអំពីធ្មេញសិប្បនិម្មិត ។ (សម្រាប់តែលោកអ្នកប្រើប្រាស់ធ្មេញសិប្បនិម្មិត)

១៦. នៅពេលលោកអ្នកនិយាយ ឬទំពាអាហារ តើធ្មេញសិប្បនិម្មិតរបស់លោកអ្នករងឥទ្ធិពលដែរឬទេ?

- ① មែន ② ទេ

១៧. តើលោកអ្នកមានការឈឺចាប់នៅក្នុងមាត់ ដោយសារតែធ្មេញសិប្បនិម្មិត របស់លោកអ្នក ដែរទេ?

- ① មែន ② ទេ

១៨. មុនពេលលោកអ្នកចូលគេង តើអ្នកដុស ធ្មេញសិប្បនិម្មិត លោកអ្នកចេញដែរឬទេ? ① មែន ② ទេ

※ ជំងឺទាក់ទងនឹងសុខភាពធ្មេញ ។

១៩. តើលោកអ្នកមានជំងឺទឹក នោមផ្អែមដែរឬទេ? ① មែន ② ទេ ③ មិនដឹង

※ បើសិនលោកអ្នកមានសំណួរសាកសួរទន្តពេទ្យ ឬមានអាការៈធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ សូមសរសេរវានៅទីនេះ ។

តារាងសំភាសន៍អំពីជំងឺមហារីក

□ ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ □ ការពិនិត្យនៅពេលរបត់ជីវិត

នាមត្រកូល		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ		ទូរស័ព្ទ	ផ្ទះ	
នាមខ្លួន		លេខ			ទូរស័ព្ទដៃ	
□ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព □ អ្នកទទួលជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ			អ៊ីមែល			
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន						លេខកូដប្រៃសណីយ៍
						-

* តើលោកអ្នកយល់ស្របក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន ឬកំណត់សម្គាល់ ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ និងឬ ពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពតាមរយៈសំបុត្រ ឬអ៊ីមែល/) ដែរឬទេសូមគូសឆ្មា(យល់ព្រម □ មិនយល់ព្រម □

*** ទាំងនេះជាសំណួរ ទាក់ទងនឹង ជំងឺមហារីក**

* សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរ ខាងក្រោមតាមរយៈការគូសលើប្រអប់ខាងក្រោម

១. តើលោកអ្នកមានកន្លែងណាមួយនៃដងខ្លួនដែលមានអារម្មណ៍ថាមិនស្រួលដែរឬទេ?
 - ① មែន (រោគសញ្ញា: _____) ② ទេ
២. ក្នុងរយៈពេល ៦ ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ តើលោកអ្នកមានការស្រែកទម្ងន់ លើសពី ៥ គីឡូក្រាម ដោយមិនមានមូលហេតុដែរឬទេ?
 - ① ទេ ② មែន ។ ចំនួនគីឡូដែលស្រែក (_____ គីឡូក្រាម)
៣. តើលោកអ្នកឬសមាជិកគ្រួសារលោកអ្នក មានអ្នកកើតជំងឺមហារីកដែរឬទេ?

ប្រភេទជំងឺមហារីក	ទេ	មិនដឹង	មែន				
			លោកអ្នក	ឪពុកម្តាយ	បងប្អូនប្រុស	បងប្អូនស្រី	កូន
មហារីកក្រពះ							
មហារីកសុដន់							
មហារីកពោះវៀនធំ							
មហារីកថ្លើម							
មហារីកស្បូន							
ផ្សេងៗ							

៤. តើលោកអ្នកធ្លាប់ទទួលបានការពិនិត្យកាលពីមុនដែរឬទេ?

ការពិនិត្យ		រយៈពេល			
		កាលពី ១០ ឆ្នាំមុន ឬមិនមាន	ក្នុងអំឡុងពេល ១ ឆ្នាំមុន	រវាង ១ ឆ្នាំទៅ ២ ឆ្នាំមុន	រវាង ២ ទៅ ១០ ឆ្នាំមុន
មហារីកក្រពះ	ថត				
	សុដន់ក្រពះ				
មហារីកសុដន់	ថតសុដន់ ដោយកាំរស្មី				
មហារីកពោះវៀនធំ	ពិនិត្យលាមក				
	ឆ្លុះកាំរស្មីអ៊ិច				
	សុដន់ពោះវៀន				
មហារីកស្បូន	ពិនិត្យស្បែកស្បូន				
មហារីកថ្លើម	ពិនិត្យក្រពះដោយប្រើរលកសំឡេង	មិនមាន	ក្នុងអំឡុង ៦ ខែមុន	រវាង ៦ ទៅ ១២ ខែមុន	យូរជាងមួយ ឆ្នាំមុន

※ ទាំងនេះជាសំណួរអំពី ជំងឺមហារីកព្រះ មហារីកថ្លើម មហារីកពោះវៀនធំ ។

※ សូមធ្វើការឆ្លើយនូវសំណួរ ខាងក្រោមតាមរយៈការគូសលើប្រអប់ខាងក្រោម
 ៥.តើលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានពិនិត្យរកឃើញថាមានជំងឺព្រះវៀនដែរឬទេ?

ជំងឺ	ជំរៅព្រះវៀន	រលាកព្រះវៀន	ជំរៅពោះវៀនតូច	សាច់ដុះ	ផ្សេងៗ(សរសេរ)
មែន					

៦.តើលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានពិនិត្យរកឃើញថាមានជំងឺពោះវៀនដែរឬទេ?

ជំងឺ	ដុះសាច់ក្នុងពោះវៀន	រលាកពោះវៀនធំ	រលាកប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ	ឫសដូងបាត	ផ្សេងៗ(សរសេរ)
មែន					

៧.តើលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានពិនិត្យរកឃើញថាមានជំងឺថ្លើមដែរឬទេ?

ជំងឺ	ផ្ទុកជំងឺថ្លើមប្រភេទ B	កើតជំងឺថ្លើមប្រភេទ B	កើតជំងឺថ្លើមប្រភេទ C	ក្រិនថ្លើម	ផ្សេងៗ(សរសេរ)
មែន					

※ នេះជាសំណួរ អំពីជំងឺមហារីកសុដន់ និងមហារីកស្បូន(សម្រាប់តែស្ត្រី)

៨.តើលោកអ្នកមករដូវលើកទីមួយនៅពេលណា?

- ① អាយុ _____ ② មិនទាន់

៩.តើលោកអ្នកនៅ មានរដូវដែរឬទេ?

- ① មិនទាន់ ② កាត់កស្បូន ឬស្បូនចេញ
 ③ អស់រដូវ (អាយុ : _____)

១០.តើលោកអ្នកធ្លាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំអរមន ដើម្បីសម្រាលអាការៈ ក្រោយពេលអស់រដូវដែរឬទេ?

- ① មិនដែល ② ប្រើបានរយៈពេលតិចជាង ២ឆ្នាំ
 ③ ប្រើបានរយៈពេលបានពី ២ទៅ៥ឆ្នាំ ④ ប្រើបានរយៈពេលច្រើនជាង ៥ឆ្នាំ ⑤ មិនដឹង

១១. តើលោកអ្នកមានកូនប៉ុន្មាននាក់?

- ① ១ ② លើសពី ២នាក់ ③ មិនមានកូន

១២.តើលោកអ្នកបំបៅកូន រយៈពេលប៉ុន្មាន?

- ① តិចជាង ៦ខែ ② រវាង ៦ទៅ ១២ខែ ③ យូរជាង ១ឆ្នាំ ④ មិនបំបៅ

១៣.តើលោកអ្នកធ្លាប់ពិនិត្យឃើញថាមានដុះដុំសាច់ស្នូតក្នុងដោះរបស់លោកអ្នកដែរឬទេ? (ដុំសាច់ស្នូតមិនមែនជាដុំសាច់មហារីកទេ)

- ① មែន ② ទេ ③ មិនដឹង

១៤. តើលោកអ្នកធ្លាប់លេបថ្នាំពន្យារកំណើត ដែរឬទេ?

- ① មិនដែល ② តិចជាង១ឆ្នាំ
 ③ ច្រើនជាង១ឆ្នាំ ④ មិនដឹង

របាយការណ៍លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ (ការពិនិត្យលើកទី១)

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង
		<input type="checkbox"/> ទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេង

ការពិនិត្យ	ប្រវត្តិនៃការព្យាបាល	រោគវិនិច្ឆ័យ	រូបសង្ខារ ក្រៅ ឬ អា ការ: ក្រោយជំងឺ	យោង	
		ការផ្តល់ថ្នាំ			សុខភាព
ផ្នែក	ជំងឺ	ចំណុចត្រួតពិនិត្យ	លទ្ធផល	ធម្មតា A (សុខភាពល្អ) ធម្មតា B (ព្រមាន) (ត្រូវការការថែរក្សាសុខភាព ប៉ុន្តែមិនមានបញ្ហាសុខភាព)	
រង្វាស់	លើសទម្ងន់	កម្ពស់	សង់ទីម៉ែត្រ	-	
		ទម្ងន់	គីឡូក្រាម		
		ត្រីកោណ	សង់ទីម៉ែត្រ		
		លេខសន្ទស្សន៍ទម្ងន់	គីឡូក្រាម/ស.ម ^២		១៨,៥-២៤,៩
	បញ្ហាចក្ខុវិញ្ញាណ	កម្រិតនៃការមើលឃើញ(ធ្វេង/ស្តាំ)	/		
	បញ្ហាសោតវិញ្ញាណ	សមត្ថភាពនៃការស្តាប់(ធ្វេង/ស្តាំ)	/		
	សម្ពាធឈាមខ្ពស់	សម្ពាធឈាម(អតិបរមា/អប្បបរមា)	/ មីលីម៉ែត្របារ៉ាត	ក្រោម ១២០ / ក្រោម ៨០	១២០-១៣៩/៨០-៨៩
ពិនិត្យទឹកនោម	ជំងឺគ្រុនចាញ់	វត្តមានអាល់ប៊ុយមីនក្នុងទឹកនោម	អវិជ្ជមាន	វិជ្ជមានខ្សោយ ±	
ពិនិត្យឈាម	ជំងឺខ្វះឈាមក្រហម ជាដើម	កម្រិតពណ៌ឈាម	g/dL	បុរស៖ ១៣-១៦,៥ ស្ត្រី៖ ១២-១៥,៥	បុរស៖ ១២-១២,៩/១៦,៦-១៧,៥ ស្ត្រី៖ ១០-១១,៩/១៥,៦-១៦,៥
		ទឹកនោមផ្អែម	កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមមុនអាហារ	mg/dL	ក្រោម ១០០
	ជំងឺខ្លាញ់ក្នុងឈាម, សម្ពាធឈាមខ្ពស់, ក្រិនសរសៃឈាម	ខួលេស្ទេរ៉ូលសរុប	mg/dL	ក្រោម ២០០	២០០-២៣៩
		HDL-ខួលេស្ទេរ៉ូលសរុប	mg/dL	លើស ៦០	៤០-៥៩
		ប្រាយត្រីស្ទេរ៉ូល	mg/dL	ក្រោម ១៥០	១៥០-១៩៩
		(LDL-ខួលេស្ទេរ៉ូលសរុប)	mg/dL	ក្រោម ១៣០	១៣០-១៥៩
	រោគគ្រុនចាញ់	ត្រីផែតជីនីន	mg/dL	ក្រោម១,៥	-
		អត្រាចម្រោះទឹកនោម (GFR)	<u>ml/min/1.73m²</u>	លើស ៦០	-
	ជំងឺឆ្អែម	AST(SGOT)	U/L	ក្រោម ៤០	៤១-៥០
		ALT(SGPT)	U/L	ក្រោម ៣៥	៣៦-៤៥
(γ-GTP)		U/L	បុរស៖ ១១-៦៣ ស្ត្រី៖ ៨-៣៥	បុរស៖ ៦៥-៧៧ ស្ត្រី៖ ៣៦-៤៥	
ពិនិត្យកាំរស្មី	រូបថត, ជំងឺផ្នែកទ្រូង	ពិនិត្យកាំរស្មីលើផ្នែកទ្រូង	ធម្មតា, អសកម្ម	-	
ផ្តល់បញ្ជា					

លទ្ធផល	<input type="checkbox"/> ធម្មតា A <input type="checkbox"/> មានមន្ទិលជំងឺទូទៅ <input type="checkbox"/> មានមន្ទិលសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម(អ្នកពិនិត្យលើកទី២) <input type="checkbox"/> អ្នកមានជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទចេញលទ្ធផល	
		ត្រូវពេទ្យពិនិត្យ	ឈ្មោះ: ត្រូវពេទ្យ ហត្ថលេខា

* អ្នកដែលបានទទួលរោគវិនិច្ឆ័យថា មានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬទឹកនោមផ្អែម សូមធ្វើការពិនិត្យជាលើកទី ២ ក្នុងអំឡុងពេល ៣០ថ្ងៃ(បើសិនជាលោកអ្នកមិនអាច លោកអ្នកអាចធ្វើការពិនិត្យលើកទី ២ នៅខែមករាឆ្នាំក្រោយ) ចាប់ពីថ្ងៃចេញលទ្ធផល ។

* បើសិនជាមានការតម្រូវឲ្យមានការសម្រាកដើម្បីថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែរក្សាជំងឺ (ពាក្យស្នើការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទៅបាន ។*ដោយសាររោគវិនិច្ឆ័យ មិនត្រូវបានធ្វើទៅលើគ្រប់ជំងឺ សូមលោកអ្នកពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកពិនិត្យ បើសិនជាលោកអ្នកមានបញ្ហាជាក់លាក់ណាមួយ ដូចជាការស្រកទម្ងន់ខ្លាំង ។

* តំលៃគោលធម្មតា សម្រាប់ការពិនិត្យឈាម (ធម្មតា A, ធម្មតា B) អាចនឹងមានភាពខុសគ្នាទៅតាមទម្រង់ នៃការពិនិត្យ និងទៅតាមឧបករណ៍ពិនិត្យ។

***ចំពោះលោកអ្នកដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺផ្នែកទ្រូង សូមទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិត ឲ្យបានលឿន ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យសារឡើងវិញឲ្យច្បាស់**

លទ្ធផលរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____
 លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះ: ការិយាល័យ _____

លទ្ធផលនៃ របាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

កម្រិតគ្រោះថ្នាក់នៃសុខភាពទៅតាមប្រភេទជំងឺ

Empty box for reporting health risk levels by disease type.

កត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

Empty box for reporting factors causing health risks.

គ្រប់គ្រងលើកត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

Empty box for reporting management of risk factors.

បញ្ហាការចងចាំ (អាយុ ៧០-៧៥ ឆ្នាំ)

- មិនមានអ្វីជាក់លាក់(ពិន្ទុសរុបមកពី សំណួរ ទី ៧ គឺ ០-៣)
 - ត្រូវការការអង្កេត ឬប្រឹក្សាពីការពិនិត្យលើកទីពីរ (ពិន្ទុសរុបគឺ ៤-១០ពីសំណួរទី ៧)
- (* ពិន្ទុស្តង់ដារ - ① ទេ : ០ ពិន្ទុ, ② ពេលខ្លះ : ១ ពិន្ទុ, ③ ញឹកញាប់ : ២ ពិន្ទុ)

*លទ្ធផលនៃរបាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគ្រោះថ្នាក់សុខភាពគឺសម្រាប់ បន្ថយកត្តាគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព ដើម្បីលើកកម្ពស់ សុខភាពអ្នកដែលគេពិនិត្យទៅថ្ងៃអនាគត ។ លទ្ធផលទាំងនេះទទួលបានតាមរយៈសំណួរ សំភាសន៍សុខភាព និងលទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺ ។

លទ្ធផលនៃ របាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

កម្រិតគ្រោះថ្នាក់នៃសុខភាពទៅតាមប្រភេទជំងឺ

--

កត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

--

គ្រប់គ្រងលើកត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

--

បញ្ហាការចងចាំ (អាយុ ៧០-៧៤ ឆ្នាំ)	បញ្ហាការចងចាំ (អាយុ ៧០-៧៤ ឆ្នាំ)
----------------------------------	----------------------------------

*លទ្ធផលនៃរបាយការណ៍ត្រួតពិនិត្យគ្រោះថ្នាក់សុខភាពគឺសម្រាប់ បន្ថយកត្តាគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព ដើម្បីលើកកម្ពស់ សុខភាពអ្នកដែលគេពិនិត្យទៅថ្ងៃអនាគត ។ លទ្ធផលទាំងនេះទទួលបានតាមរយៈសំណួរ សំភាសន៍សុខភាព និងលទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺ ។

ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ (លើកទី២)

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង	<input type="checkbox"/> ទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេង

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យលើកទី២ នៃបញ្ហានៃការចងចាំ, ទឹកនោមផ្អែម, សម្ពាធឈាមខ្ពស់

ផ្នែក	<input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម			<input type="checkbox"/> សម្ពាធឈាមខ្ពស់		
លទ្ធផល	បរិមាណជាតិស្ករមុនពេលអាហារ mg/dl			រង្វាស់សម្ពាធឈាម: mmHg		
តំលៃគោល	ធម្មតា	មុនកើតរោគទឹកនោមផ្អែម	ទឹកនោមផ្អែម	ធម្មតា	មុនសម្ពាធឈាមខ្ពស់	សម្ពាធឈាមខ្ពស់
	ក្រោម១០០	១០០-១២៥	លើ ១២៥	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញក្រោម១២០ឬសម្ពាធឈាមបីតចូលក្រោម ៨០	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញពី ១២០-១៣៩ ឬសម្ពាធឈាមបីតចូលពី ៨០ -៨៩	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញលើសពី១៤០ ឬសម្ពាធឈាមបីតចូលលើសពី ៩០
គម្រោងព្យាបាល	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសារឡើងវិញ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យពេលក្រោយ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងរបបអាហារ និងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ហើយធ្វើការពិនិត្យនៅប៉ុន្មានខែក្រោយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព្យាបាលដោយថ្នាំ			<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសារឡើងវិញ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យពេលក្រោយ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងរបបអាហារ និងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ហើយធ្វើការពិនិត្យនៅប៉ុន្មានខែក្រោយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព្យាបាលដោយថ្នាំ		
បញ្ហាការចងចាំ (អាយុ ៧០-៧៤ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> មិនមានអ្វីដាក់លាក់(០-៥ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> បាត់បង់សមត្ថភាពចងចាំ (៦-៣០ពិន្ទុ, ត្រូវការពិនិត្យបន្ថែម និងប្រឹក្សាជាមួយនឹងផ្នែកខួរក្បាល ឬចិត្តសាស្ត្រ)					

វេជ្ជបញ្ជាចុងក្រោយ

លទ្ធផលរោគទឹកនោមផ្អែម	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ជាតិស្ករខ្ពស់មុនពេលអាហារ <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម (<input type="checkbox"/> អ្នកដែលមានប្រវត្តិព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទនៃលទ្ធផល	
លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសម្ពាធឈាម	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> មានសម្ពាធឈាមខ្ពស់មុនអាហារ <input type="checkbox"/> ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ (<input type="checkbox"/> អ្នកដែលមានប្រវត្តិព្យាបាល)	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ ឈ្មោះ: គ្រូពេទ្យ ហត្ថលេខា

* លោកអ្នកដែលបានទទួលរោគវិនិច្ឆ័យថា មានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬទឹកនោមផ្អែម សូមធ្វើការពិនិត្យជាលើកទី ២ ក្នុងអំឡុងពេល ៣០ថ្ងៃ(បើសិនជាលោកអ្នកមិនអាច លោកអ្នកអាចធ្វើការពិនិត្យលើកទី ២ នៅខែមករាឆ្នាំក្រោយ) ចាប់ពីថ្ងៃចេញលទ្ធផល ។

* បើសិនជាជំនួយសុខាភិបាលមានភាពចាំបាច់ ការពិនិត្យនឹងត្រូវបានធ្វើទៅតាមបែបទម្ងន់ខាងលើ ។ «ច្បាប់ផ្តល់ជំនួយសុខាភិបាល» មាត្រា ៣ ។ ចំពោះលោកអ្នកដែល ទទួលជំនួយសុខាភិបាល ត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យនៅក្នុងស្ថាប័នដែលផ្តល់ជំនួយសុខាភិបាលនោះជាមុនសិន ។

* ដោយសាររោគវិនិច្ឆ័យ មិនត្រូវបានធ្វើទៅលើគ្រប់ជំងឺ សូមលោកអ្នកពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកពិនិត្យ បើសិនជាលោកអ្នកមានបញ្ហាដាក់លាក់ណាមួយ ដូចជាការស្រកទម្ងន់ខ្លាំង ។

* តំលៃគោលធម្មតា សម្រាប់ការពិនិត្យឈាម (ធម្មតា A, ធម្មតា B) អាចនឹងមានភាពខុសគ្នាទៅតាមទម្រង់ នៃការពិនិត្យ និងទៅតាមឧបករណ៍ពិនិត្យ។

*** ចំពោះលោកអ្នកដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺផ្នែកទ្រូង សូមទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិត ឲ្យបានលឿន ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យសារឡើងវិញឲ្យច្បាស់**

លទ្ធផលរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជ្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះការិយាល័យ _____

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ ចំពោះការទទួលជំនួយសុខាភិបាល(លើកទី២)

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****	ឈ្មោះ:
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង	<input type="checkbox"/> ទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យលើកទី២ នៃបញ្ហានៃការចងចាំ, ទឹកនោមផ្អែម, សំពាធឈាមខ្ពស់

ផ្នែក	<input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម			<input type="checkbox"/> សម្ពាធឈាមខ្ពស់		
លទ្ធផល	បរិមាណជាតិស្ករមុនពេលអាហារ mg/dl			រង្វាស់សម្ពាធឈាម: mmHg		
តំលៃគោល	ធម្មតា	មុនកើតរោគទឹកនោមផ្អែម	ទឹកនោមផ្អែម	ធម្មតា	មុនសម្ពាធឈាមខ្ពស់	សម្ពាធឈាមខ្ពស់
	ក្រោម១០០	១០០-១២៥	លើ ១២៥	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញក្រោម១២០ ឬសម្ពាធឈាមបីតួលក្រោម ៨០	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញពី ១២០-១៣៩ ឬសម្ពាធឈាមបីតួលពី ៨០-៨៩	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញលើសពី១៤០ ឬសម្ពាធឈាមបីតួលលើសពី ៩០
គម្រោងព្យាបាល	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសារឡើងវិញ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យពេលក្រោយ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងរបបអាហារ និងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ហើយធ្វើការពិនិត្យនៅប៉ុន្មានខែក្រោយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព្យាបាលដោយថ្នាំ			<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសារឡើងវិញ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យពេលក្រោយ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងរបបអាហារ និងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ហើយធ្វើការពិនិត្យនៅប៉ុន្មានខែក្រោយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព្យាបាលដោយថ្នាំ		
បញ្ហាការចងចាំ (អាយុ ៧០-៧៥ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> មិនមានអ្វីជាក់លាក់(០-៥ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> បាត់បង់សមត្ថភាពចងចាំ (៦-៣០ពិន្ទុ, ត្រូវការពិនិត្យបន្ថែម និងប្រឹក្សាជាមួយនឹងផ្នែកខួរក្បាល ឬចិត្តសាស្ត្រ)					

វេជ្ជបញ្ជាចុងក្រោយ

លទ្ធផលរោគទឹកនោមផ្អែម	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ជាតិស្ករខ្ពស់មុនពេលអាហារ <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម (អ្នកដែលមានប្រវត្តិព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទនៃលទ្ធផល	
លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសម្ពាធឈាម	<input type="checkbox"/> ធម្មតា A <input type="checkbox"/> ធម្មតា B <input type="checkbox"/> មានមន្ទិលជំងឺទូទៅ <input type="checkbox"/> មានមន្ទិលសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬជំងឺ ទឹកនោមផ្អែម(អ្នកពិនិត្យលើកទី២) <input type="checkbox"/> អ្នកមានជំងឺ	ត្រូវពេទ្យពិនិត្យ	ឈ្មោះត្រូវពេទ្យ (ហត្ថលេខា)

*បើសិនជាជំនួយសុខាភិបាលមានភាពចាំបាច់ ការពិនិត្យនឹងត្រូវបានធ្វើទៅតាមបែបទម្រង់ខាងលើ ។ «ច្បាប់ផ្តល់ជំនួយសុខាភិបាល» មាត្រា ៣ ។ ចំពោះលោកអ្នកដែល ទទួលជំនួយសុខាភិបាល ត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យនៅក្នុងស្ថាប័នដែលផ្តល់ជំនួយសុខាភិបាលនោះជាមុនសិន ។

*ដោយសាររោគវិនិច្ឆ័យ មិនត្រូវបានធ្វើទៅលើគ្រប់ជំងឺ សូមលោកអ្នកពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកពិនិត្យ បើសិនជាលោកអ្នកមានបញ្ហាជាក់លាក់ណាមួយ ដូចជាការស្រកទម្ងន់ខ្លាំងជាដើម ។

លទ្ធផលរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
 លេខកូដស្ថាប័នផ្តល់ជំនួយសុខាភិបាល_____ ឈ្មោះការិយាល័យ_____

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺនៅចំណុចរបត់ជីវិត(លើកទី១ សម្រាប់តែអ្នកមានអាយុ ៤០ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង <input type="checkbox"/> ទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេង

ការពិនិត្យ	ប្រវត្តិនៃការព្យាបាល	រោគវិនិច្ឆ័យ		រូសខាងក្រៅ ឬអាការៈ ក្រោយជំងឺ	
		ការផ្តល់ថ្នាំ	សុខភាព		
ផ្នែក	ជំងឺ	ចំណុចត្រួតពិនិត្យ	លទ្ធផល	យោង	
				ធម្មតា A (សុខភាពល្អ) ធម្មតា B(ព្រមាន) (ត្រូវការការថែរក្សាសុខភាព ប៉ុន្តែមិនមានបញ្ហាសុខភាព)	
រង្វាស់	លើសទម្ងន់	កម្ពស់	សង់ទីម៉ែត្រ	បុរស - ក្រោម ៩០ /ស្ត្រី-ក្រោម ៨៥ ១៨,៥-២៤,៩	
		ទម្ងន់	គីឡូក្រាម		
		ត្រីតាក	សង់ទីម៉ែត្រ		
		លេខសន្ទស្សន៍ទម្ងន់	គីឡូក្រាម/ស.ម ^២		
	បញ្ហាចក្ខុវិញ្ញាណ	កម្រិតនៃការមើលឃើញ(ធ្វេង/ស្តាំ)	/		
	បញ្ហាសោតវិញ្ញាណ	សមត្ថភាពនៃការស្តាប់(ធ្វេង/ស្តាំ)	/		
	សម្ពាធឈាមខ្ពស់	សម្ពាធឈាម(អតិបរមា/អប្បបរមា)	/មីលីម៉ែត្របារ៉ាត	ក្រោម ១២០ / ក្រោម ៨០	១២០-១៣៩/៨០-៨៩
ពិនិត្យទឹកនោម	ជំងឺគ្របដណ្តប់	វត្តមានអាល់ប៊ុយមីនក្នុងទឹកនោម		អវិជ្ជមាន វិជ្ជមានខ្សោយ ±	
ពិនិត្យឈាម	ជំងឺខ្លះឈាមក្រហម ជាដើម	កម្រិតពណ៌ឈាម	g/dL	បុរស៖ ១៣-១៦,៥ ស្ត្រី៖ ១២-១៥,៥	បុរស៖ ១២-១៦,៩/១៦,៦-១៧,៥ ស្ត្រី៖ ១០-១១,៩/១៥,៦-១៦,៥
		ទឹកនោមផ្អែម	កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមមុនអាហារ	mg/dL	ក្រោម ១០០
	ជំងឺខ្លាញ់ក្នុងឈាម, សម្ពាធឈាមខ្ពស់, ក្រិនសរសៃឈាម	ខួរលេស្ទើរលសរុប	mg/dL	ក្រោម ២០០	២០០-២៣៩
		HDL-ខួរលេស្ទើរលសរុប	mg/dL	លើស ៦០	៤០-៥៩
		ប្រាយគ្លីស៊ីរ៉ាម	mg/dL	ក្រោម ១៥០	១៥០-១៩៩
		(LDL-ខួរលេស្ទើរលសរុប)	mg/dL	ក្រោម ១៣០	១៣០-១៥៩
	រោគគ្របដណ្តប់	ត្រីតែតធីនីន	mg/dL	ក្រោម ១,៥	-
		អត្រាចម្រោះទឹកនោម (GFR)	<u>mL/min/1.73m²</u>	លើស ៦០	-
	ជំងឺផ្លែម	AST(SGOT)	U/L	ក្រោម ៤០	៤១-៥០
		ALT(SGPT)	U/L	ក្រោម ៣៥	៣៦-៤៥
		(γ-GTP)	U/L	បុរស៖ ១១-៦៣ ស្ត្រី៖ ៨-៣៥	បុរស៖ ៦៥-៧៧ ស្ត្រី៖ ៣៦-៤៥
		ប្រភេទ B	អង់ទីសែន ផ្លែខាងក្រៅ	ទូទៅ លម្អិត	អវិជ្ជមាន(-)
អង់បដិបត្ត ប្រាណផ្លែខាងក្រៅ			ទូទៅ លម្អិត		
	លទ្ធផល		carrier , immune, vaccination		
ពិនិត្យការស្នើ	របេង, ជំងឺផ្នែកទ្រូង	ពិនិត្យការស្នើលើផ្នែកទ្រូង		ធម្មតា, អសកម្ម	-

វេជ្ជបញ្ជា	
លទ្ធផល	កាលបរិច្ឆេទចេញលទ្ធផល
<input type="checkbox"/> ធម្មតា A <input type="checkbox"/> ធម្មតា B	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ
<input type="checkbox"/> មានមន្ទិលជំងឺទូទៅ	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ
<input type="checkbox"/> មានមន្ទិលសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬជំងឺ ទឹកនោមផ្អែម(អ្នកពិនិត្យលើកទី២)	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ
<input type="checkbox"/> អ្នកមានជំងឺ	ហត្ថលេខា

* លោកអ្នកដែលបានទទួលរោគវិនិច្ឆ័យថា មានសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬទឹកនោមផ្អែម សូមធ្វើការពិនិត្យជាលើកទី ២ ក្នុងអំឡុងពេល ៣០ថ្ងៃ(លើសនេះលោកអ្នកមិនអាច លោកអ្នកអាចធ្វើការពិនិត្យលើកទី ២នៅខែមករាឆ្នាំក្រោយ) ចាប់ពីថ្ងៃចេញលទ្ធផល ។

* លើសនេះមានការតម្រូវឲ្យមានការសម្រាកថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែរក្សាជំងឺ (ពាក្យស្នើការព្យាបាល) និងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។*ដោយសាររោគវិនិច្ឆ័យ មិនត្រូវបានធ្វើទៅលើគ្រប់ជំងឺ សូមលោកអ្នកពិភាក្សាជាមួយនិងអ្នកពិនិត្យ លើសនេះលោកអ្នកមានបញ្ហាដាក់លាក់ណាមួយ ដូចជាការស្រកទម្ងន់ខ្លាំងជាដើម ។

*តំលៃគោលធម្មតា សម្រាប់ការពិនិត្យឈាម (ធម្មតា A, ធម្មតា B) អាចនឹងមានភាពខុសគ្នាទៅតាមទម្រង់ នៃការពិនិត្យ និងទៅតាមឧបករណ៍ពិនិត្យ។

ចំពោះលោកអ្នកដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺផ្នែកទ្រូង សូមទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិត ឲ្យបានលឿន ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យសារឡើងវិញឲ្យបាន

លទ្ធផលរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅ

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

លេខកូដការិយាល័យ_____ ឈ្មោះការិយាល័យ_____

ឯកសារឧបសម្ព័ន្ធ ៩) <뒷면>

កម្រិតគ្រោះថ្នាក់នៃសុខភាពទៅតាមប្រភេទជំងឺ

កត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

គ្រប់គ្រងលើកត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាព

ស្ថានភាពសុខភាពពេលថ្មីៗ	<input type="checkbox"/> មិនមានអ្វី <input type="checkbox"/> ចាំបាច់សម្រាប់ សំភាសន៍ និងប្រឹក្សាក្នុងការពិនិត្យលើកទី ២
វេជ្ជបញ្ជា	

※ លោកអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានលម្អិត ពីគ្រូពេទ្យពិនិត្យ អំពីលទ្ធផលពិនិត្យលើកទី ២ ។

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺនៅចំណុចរបត់ជីវិត(លើកទី១ សម្រាប់តែអ្នកមានអាយុ ៦៦ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង
		☐ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ☐ ផ្សេង

ការពិនិត្យ	ប្រភេទនៃការព្យាបាល	រោគវិនិច្ឆ័យ		ប្រសិទ្ធភាព ឬ អាការៈ ក្រោយជំងឺ	យោង	
		ការផ្តល់ថ្នាំ	សុខភាព			
ផ្នែក	ជំងឺ	ចំណុចត្រួតពិនិត្យ		លទ្ធផល	ធម្មតា A (សុខភាពល្អ) ធម្មតា B (ប្រធាន) (ត្រូវការការថែរក្សាសុខភាព ប៉ុន្តែមិនមានបញ្ហាសុខភាព)	
រង្វាស់	លើសទម្ងន់	កម្ពស់		សង់ទីម៉ែត្រ		
		ទម្ងន់		គីឡូក្រាម		
		ត្រីតាក		សង់ទីម៉ែត្រ	បុរស - ក្រោម ៩០ ស្ត្រី - ក្រោម ៨៥	
		លេខសន្ទស្សន៍ទម្ងន់		គីឡូក្រាម/ស.ម ^២	១៨,៥-២៤,៩	ក្រោម ១៨,៥/២៥-២៩,៩
	បញ្ហាចក្ខុវិញ្ញាណ	កម្រិតនៃការមើលឃើញ(ឆ្វេង/ស្តាំ)	/			
	បញ្ហាសោតវិញ្ញាណ	សមត្ថភាពនៃការស្តាប់(ឆ្វេង/ស្តាំ)	/			
	សម្ពាធឈាមខ្ពស់	សម្ពាធឈាម(អតិបរមា/អប្បបរមា)	/ មីលីម៉ែត្របារ៉ា	ក្រោម ១២០ / ក្រោម ៨០	១២០-១៣៩/៨០-៨៩	
មនុស្សចាស់	គ្រោះថ្នាក់ដោយការដួល	សមត្ថភាពនៃអវយវៈខាងក្រោម(ក្រោកឡើង, ដើរ ៣ម៉ែត្រ និងដើរត្រឡប់មកវិញហើយអង្គុយ)	បញ្ហាក្នុងការដើរ (មាន/មិនមាន)	រិនាទី	ក្រោម ១០រិនាទី	
		លំនឹង	បើកភ្នែក	រិនាទី	លើ ១៥រិនាទី	៦-១៥រិនាទី
			បិទភ្នែក	រិនាទី	លើ ២០រិនាទី	១០-១៩រិនាទី
ពិនិត្យទឹកនោម	ជំងឺតម្រងនោម	វត្តមានអាល់ប៊ុយមីនក្នុងទឹកនោម		អវិជ្ជមាន	វិជ្ជមានខ្សោយ ±	
ពិនិត្យឈាម	ជំងឺខ្លះឈាមក្រហម ជាដើម	កម្រិតពណ៌ឈាម		g/dL	បុរស៖ ១៣-១៦,៥ ស្ត្រី៖ ១២-១៥,៥	បុរស៖ ១២-១៦,៥/១៦,៦-១៧,៥ ស្ត្រី៖ ១០-១១,៥/១៥,៦-១៦,៥
		ទឹកនោមផ្អែម	កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមមុនអាហារ	mg/dL	ក្រោម ១០០	១០០-១២៥
	ជំងឺខ្លាញ់ក្នុងឈាម, សម្ពាធឈាមខ្ពស់, ក្រិនសរសៃឈាម	ខួលេស្ទេរ៉ែលសរុប		mg/dL	ក្រោម ២០០	២០០-២៣៩
		HDL-ខួលេស្ទេរ៉ែលសរុប		mg/dL	លើស ៦០	៥០-៥៩
		ត្រាយត្រីស្ទេរ៉ែល		mg/dL	ក្រោម ១៥០	១៥០-១៩៩
		(LDL-ខួលេស្ទេរ៉ែលសរុប)		mg/dL	ក្រោម ១៣០	១៣០-១៥៩
	រោគគម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ	ត្រីអ៊ីតេរីន		mg/dL	ក្រោម ១,៥	-
		អត្រាចម្រោះទឹកនោម (GFR)		mL/min/1.73m ²	លើស ៦០	-
	ជំងឺថ្លើម	AST(SGOT)		U/L	ក្រោម ៤០	៤១-៥០
		ALT(SGPT)		U/L	ក្រោម ៣៥	៣៦-៤៥
(γ-GTP)			U/L	បុរស៖ ១១-៦៣ ស្ត្រី៖ ៨-៣៥	បុរស៖ ៦៤-៧៧ ស្ត្រី៖ ៣៦-៤៥	
ពិនិត្យកាំរស្មី	របេង, ជំងឺផ្នែកទ្រូង	ពិនិត្យកាំរស្មីលើផ្នែកទ្រូង		ធម្មតា, អសកម្ម	-	
	ជំងឺពុកផ្តិង	ដងស៊ីតេជាតិក្នុងផ្តិង		ពិន្ទុ T លើសពី -១,០ ឬ ១២០ mg/cm ³	ពិន្ទុ T ក្រោម-១,០ លើសពី -២,៥ ឬ ៨០-១២០mg/cm ³	

លទ្ធផល	<input type="checkbox"/> ធម្មតា A <input type="checkbox"/> ធម្មតា B <input type="checkbox"/> មានមន្ទិលជំងឺទូទៅ <input type="checkbox"/> មានមន្ទិលសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬជំងឺ ទឹកនោមផ្អែម(បេតូជនពិនិត្យលើកទីពីរ) <input type="checkbox"/> អ្នកមានជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទចេញលទ្ធផល	
		គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ

※ ដោយសារតែលោកអ្នកទទួលបានលទ្ធផលពិនិត្យអាចទទួលបានការពិនិត្យជាលើកទី២បាន ដោយមិនគិតពីលទ្ធផលនៃការពិនិត្យលើកទីមួយ សូមលោកអ្នកទទួលបានការប្រឹក្សាពីការពិនិត្យលើកទី២ និងកត្តាដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពក្នុងអំឡុងពេល ៣០ថ្ងៃ(រហូតដល់ថ្ងៃទី ៣១នៅឆ្នាំបន្ទាប់) ។

※ បើសិនជាមានការគំរូរឲ្យមានការសម្រាក ថែរក្សាជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែរក្សាជំងឺ (ពាក្យស្នើការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

※ ដោយសាររោគវិនិច្ឆ័យ មិនត្រូវបានធ្វើទៅលើគ្រប់ជំងឺ សូមលោកអ្នកពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកពិនិត្យ បើសិនជាលោកអ្នកមានបញ្ហាជាក់លាក់ណាមួយ ដូចជាការស្រេកទម្ងន់ខ្លាំងជាដើម ។

※ តំលៃគោលធម្មតា សម្រាប់ការពិនិត្យឈាម (ធម្មតា A, ធម្មតា B) អាចមិនមានភាពខុសគ្នាទៅតាមទម្រង់ នៃការពិនិត្យ និងទៅតាមឧបករណ៍ពិនិត្យ។

※ ចំពោះលោកអ្នកដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺផ្នែកទ្រូង សូមទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិត ឲ្យបានលឿន ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យសារឡើងវិញឲ្យបានឆាប់ ។

※ ចំពោះលោកអ្នកដែលត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺផ្នែកទ្រូង សូមទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិត ឲ្យបានលឿន ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យសារឡើងវិញឲ្យបានឆាប់

លទ្ធផលរោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជ្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____

លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះការិយាល័យ _____

[ឯកសារឧបសម្ព័ន្ធ ១០] <뒷면>

កម្រិតគ្រោះថ្នាក់នៃសុខភាពទៅតាមប្រភេទជំងឺ

កត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព

គ្រប់គ្រងលើកត្តាធ្វើឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព

លទ្ធផលនៃស្ថានភាពសតិអារម្មណ៍ពេលថ្មីនេះ និងបញ្ហាការចងចាំ	អារម្មណ៍ពេលថ្មី	<input type="checkbox"/> មិនមានអ្វីជាក់លាក់(ចម្លើយនៃសំណួរសំភាសន៍លេខ ៣សុទ្ធតែ "ទេ") <input type="checkbox"/> ត្រូវការអង្កេត ឬប្រើក្បាច់ការពិនិត្យលើកទី ២ (ក្នុងករណីដែលចម្លើយនៃសំណួរសម្ភាសន៍លេខ ៣ សុទ្ធតែ "មែន")
	បញ្ហាក្នុងការចងចាំ	<input type="checkbox"/> មិនមានអ្វីជាក់លាក់(ពិន្ទុនៃសំណួរ សំភាសន៍លេខ ៧គឺ ០-៣) <input type="checkbox"/> ត្រូវការការអង្កេត ឬប្រើក្បាច់ការពិនិត្យលើកទីពីរ (ពិន្ទុសរុបគឺ ៥-១០ពីសំណួរទី ៧) ※ ពិន្ទុស្តង់ដារ - ① ទេ : ០ ពិន្ទុ, ② ពេលខ្លះ : ១ពិន្ទុ, ③ ញឹកញាប់ : ២ ពិន្ទុ
លទ្ធផលនៃការបង្ការជំងឺ និងសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ	<input type="checkbox"/> បង្ការជំងឺផ្កាសាយ <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់ដោយការដួល <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បញ្ហាក្នុងការបត់ជើងតូច <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ជំងឺពុកផ្លូវចិត្ត (ស្ត្រី) <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> សមត្ថភាពក្នុងការធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ <input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> តិចតួច <input type="checkbox"/> ធ្ងន់ធ្ងរ <input type="checkbox"/> ធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង	
លទ្ធផលនៃមុខងាររាងកាយ	<input type="checkbox"/> ភ្នែក : <input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> មើលមិនឃើញ <input type="checkbox"/> ស្តាប់ : <input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ស្តាប់មិនឮ <input type="checkbox"/> ការពិនិត្យមុខងារ : <input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> តិចតួច <input type="checkbox"/> ធ្ងន់ធ្ងរ	
វេជ្ជបញ្ជា		

※ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានលម្អិត ពីគ្រូពេទ្យពិនិត្យ អំពីលទ្ធផលពិនិត្យលើកទី ២ ។

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺនៅចំណុចរបត់ជីវិត(លើកទី២)

ឈ្មោះ:		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង	<input type="checkbox"/> ទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេង

លទ្ធផលសង្ខេបនៃការពិនិត្យលើកទីមួយ (ផ្ដោតទៅលើប្រភេទជំងឺ)

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យលើកទី២ នៃ ទឹកនោមផ្អែម, សម្ពាធឈាមខ្ពស់

ផ្នែក	<input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម			<input type="checkbox"/> ជំងឺលើសឈាម		
ការពិនិត្យ	បរិមាណជាតិស្ករមុនពេលអាហារ mg/dl			រង្វាស់សម្ពាធឈាម: mmHg		
តម្លៃគោល	ធម្មតា	មុនកើតរោគទឹកនោមផ្អែម	ទឹកនោមផ្អែម	ធម្មតា	មុន សម្ពាធឈាមខ្ពស់	សម្ពាធឈាមខ្ពស់
	ក្រោម១០០	១០០-១២៥	លើ ១២៦	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញក្រោម១២០ឬ សម្ពាធឈាមបីតួលក្រោម៨០	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញពី ១២០-១៣៩ ឬ សម្ពាធឈាមបីតួលលើសពី ៨០ -៨៩	សម្ពាធឈាមបាញ់ចេញលើសពី១៤០ ឬ សម្ពាធឈាមបីតួលលើសពី ៩០
គម្រោងព្យាបាល	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសារឡើងវិញ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យពេលក្រោយ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងរបបអាហារ និងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ហើយធ្វើការពិនិត្យនៅប៉ុន្មានខែក្រោយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំ			<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសារឡើងវិញ នៅពេលរោគវិនិច្ឆ័យពេលក្រោយ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងរបបអាហារ និងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ហើយធ្វើការពិនិត្យនៅប៉ុន្មានខែក្រោយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំ		

រង្វាយតម្លៃនៃទម្លាប់

ផ្នែក	បញ្ជី	លទ្ធផល និងវេជ្ជបញ្ជា	
ការជក់បារី	កម្រិតជាតិ នីកូទីន	<input type="checkbox"/> ទាប (០-៣ ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> មធ្យម (៤-៦ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ខ្ពស់ (៧-១០ពិន្ទុ)	
	វេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> ប្រឹក្សា និងការអប់រំ <input type="checkbox"/> វិធីព្យាបាលដោយប្រើរបស់ជំនួសនីកូទីន(ស្ករគ្រាប់ជាដើម ល។) <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនង(គ្លីនិក ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្តាច់បារី)	
គ្រឿងស្រវឹង	រង្វាយតម្លៃ	<input type="checkbox"/> សមរម្យ <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់ <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់ខ្លាំង (ញៀនស្រា, ប្រើស្រាដោយមិនត្រឹម ត្រូវ)	
	វេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> ប្រឹក្សា និងការអប់រំ <input type="checkbox"/> វិធីព្យាបាលដោយថ្នាំ <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនង(គ្លីនិក ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្តាច់ស្រា)	
លំហាត់ប្រាណ	រង្វាយតម្លៃ	<input type="checkbox"/> ត្រូវការបន្ថែម <input type="checkbox"/> មូលដ្ឋាន <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រាន់	
	វេជ្ជបញ្ជា	ប្រភេទ	<input type="checkbox"/> ដើរលឿន <input type="checkbox"/> ហែលទឹក <input type="checkbox"/> ឡើងភ្នំ <input type="checkbox"/> រាំហាត់កីឡា <input type="checkbox"/> ពត់ខ្លួន <input type="checkbox"/> លើកដុំដែក <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ () <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនង
		ពេលវេលា	<input type="checkbox"/> ១០នាទី <input type="checkbox"/> ១៥-៣០នាទី <input type="checkbox"/> ជាង៣០នាទី <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ
		ចំនួនដង	<input type="checkbox"/> ១-២ដងក្នុង១សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ៣-៤ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> លើសពី ៥ដងក្នុង ១សប្តាហ៍
ជីវជាតិ	រង្វាយតម្លៃ	<input type="checkbox"/> អាត្រាក់ <input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ល្អ	
	វេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> បរិភោគបន្ថែម (<input type="checkbox"/> ទឹកដោះគោ <input type="checkbox"/> ប្រគេមីន <input type="checkbox"/> បន្លែនិងផ្លែឈើ) <input type="checkbox"/> ញ៉ាំតិចជាងមុន (<input type="checkbox"/> ខ្លាញ់ <input type="checkbox"/> ស្ករ <input type="checkbox"/> អំបិល) <input type="checkbox"/> ទម្លាប់ញ៉ាំអាហារត្រឹមត្រូវ (<input type="checkbox"/> មិនដែលរំលងអាហារពេលព្រឹក <input type="checkbox"/> អាហារមានគុណភាព) <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនង (ថ្នាក់ជីវជាតិ)	
លើសទម្ងន់	រង្វាយតម្លៃ	សន្ទស្សន៍ទម្ងន់ ខ្លួន <input type="checkbox"/> ខ្វះទម្ងន់ <input type="checkbox"/> ទម្ងន់ធម្មតា <input type="checkbox"/> លើសទម្ងន់ <input type="checkbox"/> លើសទម្ងន់ ខ្លាំង	ត្រគាក <input type="checkbox"/> ធាត់ក្បាលពោះ
	វេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> បរិភោគតិចជាងមុន <input type="checkbox"/> ញ៉ាំអាហារសម្រន់ តិចជាងមុន <input type="checkbox"/> ដឹកតិចជាងមុន <input type="checkbox"/> បរិភោគអាហារឆ្អិនស្រាប់តិចជាងមុន <input type="checkbox"/> ធ្វើលំហាត់ប្រាណ <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនង (គ្លីនិកទម្ងន់) <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ()	

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសុខភាពផ្លូវចិត្ត

តំបន់ប្រមូល (អាយុ ៤០ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> មិនដាក់លាក់ (០-២០ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ដាក់លាក់ (២១-២៤ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ដាក់លាក់ទៅលើជំងឺតំបន់ប្រមូល (២៥-៦០ពិន្ទុ, ត្រូវការប្រឹក្សា និងការថែរក្សាពីផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ)
តំបន់ប្រមូល (អាយុ ៦៦ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> មិនដាក់លាក់ (០-៩ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ដាក់លាក់ (១០-១១ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ដាក់លាក់ទៅលើជំងឺតំបន់ប្រមូល (១២-១៥ពិន្ទុ, ត្រូវការប្រឹក្សា និងការថែរក្សាពីផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ)
បញ្ហាក្នុងការចងចាំ (អាយុ ៦៦ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> មិនដាក់លាក់ (០-៥ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> បាត់បង់ការចងចាំ (៦-៣០ពិន្ទុ, ត្រូវការប្រឹក្សា និងការថែរក្សាពីផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ)

ទីកន្លែង ផ្ទះ	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ជាតិស្តុរខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ទីកន្លែងផ្ទះ (០ អ្នកដែលមានប្រវត្តិព្យាបាល)	កាលបរិច្ឆេទនៃលទ្ធផល	
សម្ពាធលមាមខ្ពស់	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> មានសម្ពាធលមាមខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ជំងឺសម្ពាធលមាមខ្ពស់ (០ អ្នកដែលមានប្រវត្តិព្យាបាល)	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាបណ្ណ ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ (ហត្ថលេខា)

* បើសិនជាមានការគំរុំឲ្យមានការសម្រាក ថែរក្សាជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែរក្សាជំងឺ (ពាក្យស្នើសុំព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

* ដោយសារភាគវិនិច្ឆ័យ មិនត្រូវបានធ្វើទៅលើគ្រប់ជំងឺ សូមលោកអ្នកពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកពិនិត្យ បើសិនជាលោកអ្នកមានបញ្ហាដាក់លាក់ណាមួយ ដូចជាការស្រុកទម្ងន់ខ្លាំង ជាដើម។

លទ្ធផលពិនិត្យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅ
ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

លេខកូដស្ថាប័នផ្តល់
ជំនួយសុខាភិបាល

ឈ្មោះការិយាល័យ _____

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញ
 ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ ការពិនិត្យនៅពេលរបត់ជីវិត

ឈ្មោះ:		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ទីកន្លែង	<input type="checkbox"/> ទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្សេង

ផ្នែក	ជំងឺ	ការពិនិត្យ	លទ្ធផល	គំនិត
ពិនិត្យធ្មេញ	ពុកធ្មេញ	ធ្មេញ ប្រហោង	ក្បាលធ្មេញ (អាយុលើសពី ៥៥ឆ្នាំ) គុលធ្មេញ	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មែន
		ការបាត់បង់មុខងារ មាត់ធ្មេញ	បាក់ធ្មេញ	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មែន
	បាត់បង់ជាតិអំបិល កាលស្យូម	សឹកធ្មេញ	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មែន	
	ធ្មេញប្រហោង និង រលាកអញ្ចាញ	ធ្មេញផ្តាមទាល់ខាងធ្មេញខាងលើ(អាយុ លើសពី ៥៥ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> មិនប្រក្រតី	
ពិនិត្យជាលិកា	ជំងឺអញ្ចាញធ្មេញ	កម្រិតនៃជំងឺ	<input type="checkbox"/> មិនមាន <input type="checkbox"/> រលាក អញ្ចាញធ្មេញ <input type="checkbox"/> រលាកជុំវិញចុង ប្រសធ្មេញ	
		កំណកបាក់តេរីរលោងលើធ្មេញ	<input type="checkbox"/> មិនមាន <input type="checkbox"/> មាន	
ពិនិត្យជើង ធ្មេញសិប្ប និម្មិត	បញ្ហាមុខងារមាត់	ស្ថានភាពជើងធ្មេញសិប្បនិម្មិត	<input type="checkbox"/> មិនអី <input type="checkbox"/> ត្រូវការជួសជុល <input type="checkbox"/> អត់មាន	
		ស្ថានភាពធ្មេញសិប្បនិម្មិត	<input type="checkbox"/> មិនអី <input type="checkbox"/> ត្រូវការជួសជុល <input type="checkbox"/> អត់មាន	
កាត់យកជាលិកា កាក្នុងមាត់	ការពិនិត្យជាលិកា ទន់ក្នុងមាត់	ភាពមិនប្រក្រតីក្នុងជាលិកាទន់ក្នុងមាត់	<input type="checkbox"/> មិនមាន <input type="checkbox"/> មាន	
ពិនិត្យកំណក បាក់តេរី	* នេះសម្រាប់តែលោកអ្នកដែលមានអាយុ ៤០ឆ្នាំ ដែលកំពុងទទួលការពិនិត្យសុខភាពពិសេស		ស្តង់ដាររង្វាយតំលៃ	
	ពុកធ្មេញ, ជំងឺ អញ្ចាញធ្មេញ	ធ្មេញផ្តាមទីមួយខាងលើផ្នែកខាងស្តាំ (#១៥) ពុក	() ពិន្ទុ	មិនអី(ពិន្ទុតិចជាង ១) មធ្យម (ពិន្ទុ ១-៣) អាក្រក់(ច្រើនជាង ពិន្ទុ ៣) *មធ្យម= ពិន្ទុសរុប/ចំនួនធ្មេញ
		ធ្មេញមុខខាងលើផ្នែកខាងស្តាំ(#១១) ពុក	() ពិន្ទុ	
		ធ្មេញផ្តាមទីមួយខាងលើផ្នែកខាងឆ្វេង (#២៦) ពុក	() ពិន្ទុ	
		ធ្មេញមុខខាងក្រោមផ្នែកខាងឆ្វេង(#៣៦) ពុក	() ពិន្ទុ	
		ធ្មេញមុខខាងក្រោមផ្នែកខាងឆ្វេង(#៣១) ពុក	() ពិន្ទុ	
		ធ្មេញផ្តាមទីមួយខាងក្រោមផ្នែកខាងស្តាំ(#៤៤) ពុក	() ពិន្ទុ	
ពិន្ទុសរុប		() ពិន្ទុ		
គំនិតចុងក្រោយ	គំនិតចុងក្រោយ			ការព្យាបាលបន្ថែម
	១	មិនមានបញ្ហាជាមួយសុខភាពមាត់		
	២	ការអប់រំពីវិធីសម្អាត ធ្មេញ		
	៣	ព្យាបាលធ្មេញពុក		
	៤	សម្អាតផ្នែកពុកនៃធ្មេញ		
	៥	ត្រូវការការព្យាបាលអញ្ចាញ		
	៦	ត្រូវដកធ្មេញ		
	៧	ត្រូវការធ្មេញសិប្បនិម្មិត		
	៨	ត្រូវតែជួសជុលជើងធ្មេញសិប្បនិម្មិត ឬ ដាំម្តងទៀត។		
	៩	ត្រូវការការពិនិត្យបន្ថែមដើម្បីពិនិត្យមើលជាលិកាទន់		
១០	ផ្សេងៗ:			
អ្នកអង្កេត	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ		គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	(ហត្ថលេខា)

លេខកូដស្ថាប័នផ្តល់ជំនួយសុខាភិបាល ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ឈ្មោះ: ការិយាល័យ _____

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកក្រពះ

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
--------	--------------------	-------------

បញ្ជីនៃការពិនិត្យ (កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ)		លទ្ធផល	រង្វាយតំលៃ ※ សរសេរទៅតាមស្តង់ដាររង្វាយតំលៃ
ឈ្មោះនៃការពិនិត្យ (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ) ※ អតិបរមា ២ (ឆ្លុះមើលក្រពះ និងពោះវៀន, ស្រុងក្រពះ)	គំនិត (ទីតាំងជំងឺ) ※ សរសេរពីទីតាំងនៃជំងឺនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក		
	ពោគសាស្ត្រ ※ បើសិនជាមិនមានការពិនិត្យជាលិកា ទុកឲ្យនៅទទេ ។		
ការណែនាំ			
កាលបរិច្ឆេទនៃរង្វាយតំលៃ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ ឈ្មោះ: (ហត្ថលេខា)

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកក្រពះ

※ បើសិនមានការតម្រូវឲ្យមានការសម្រាកថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែទាំជំងឺ (ពាក្យស្នើសុំការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

※ មហារីកក្រពះមានការកើតឡើងជាច្រើននៅក្នុងប្រទេសកូរ៉េ ។ វាអាចពិនិត្យរកឃើញបានតាមរយៈការពិនិត្យធម្មតា ហើយអាចព្យាបាលឲ្យជាទាំងស្រុងបានតាមរយៈការសង និងវះកាត់ បើសិនជាជំងឺក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ។

※ យើងសូមណែនាំដល់លោកអ្នក ដែលមានអាយុ លើសពី ៥០ឆ្នាំ ឲ្យទៅធ្វើការសុំក្រពះ ឬឆ្លុះមើលក្រពះ និងពោះវៀន ជារៀងរាល់ ២ឆ្នាំ ម្តង ទោះបីមិនមានអាការៈពិសេសណាមួយក៏ដោយ ពីព្រោះមហារីកក្រពះអាចកើតឡើងជាខ្លាំងបន្ទាប់ពី អាយុ ៥០ឆ្នាំ ។

※ ទោះបីជាលទ្ធផលមានលក្ខណៈធម្មតា ក្នុងករណីអ្នកមានអាការៈដូចជាឈឺក្រពះ ក្តៅចុះដូង(លោតញាប់ បន្ទាប់ពីបរិភោគអាហារ) អ្នកត្រូវតែប្រឹក្សាជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យ ។ ក្នុងករណីដែលលោកអ្នកទទួលបានលទ្ធផល ដែលមិនធម្មតា សូមធ្វើទៅតាមការណែនាំរបស់លោកវេជ្ជបណ្ឌិត ។

លទ្ធផលពោគវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____
លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះ:ការិយាល័យ _____

※ ពាក្យនៃការពិនិត្យមហារីកក្រពះប្រែប្រួលទៅតាមស្តង់ដារនៃការពិនិត្យមហារីក

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកថ្លើម

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
--------	--------------------	-------------

	បញ្ជីនៃការពិនិត្យ (កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ)	លទ្ធផល	រង្វាយតំលៃ * សរសេរទៅតាមស្តង់ដាររង្វាយតំលៃ	
	មហារីក ថ្លើម	ឈ្មោះនៃការពិនិត្យ (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ) * អតិបរមា ៥ រួមមាន ការពិនិត្យសម្រាប់: ជំងឺ ថ្លើម២ទៅ ៣, ឆ្លុះថ្លើមដោយរលកសំឡេង ឬ ការពិនិត្យប្រូតេអ៊ីនអាស់ហ្វាហ្វេត ។		
ការណែនាំ				
កាលបរិច្ឆេទនៃ រង្វាយតំលៃ		ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ ឈ្មោះ:

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកថ្លើម

* បើសិនជាមានការតម្រូវឱ្យមានការសម្រាកថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែទាំ (ពាក្យស្នើសុំការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

* សម្រាប់លោកអ្នកដែលមានអាយុលើសពី ៥០ឆ្នាំ ពួកគេមានឱកាសខ្ពស់ក្នុងការកើតជំងឺនេះណាស់(ក្រិនថ្លើម, ថ្លើមប្រភេទ B, ថ្លើមប្រភេទ C, ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ដោយសារតែជំងឺ ថ្លើមប្រភេទ B ឬ C) គួរតែពិនិត្យរកមហារីកក្រពះ ។ (ការពិនិត្យដោយប្រើរលកសំឡេង និងរកប្រូតេអ៊ីន អាស់ហ្វាហ្វេត ត្រូវបានធ្វើជាជម្រើសរាល់ឆ្នាំ) ។

* វាមិនអាចវិនិច្ឆ័យមហារីកទាំងអស់តាមរយៈការពិនិត្យថ្លើមបានឡើយ ។ ដូចនេះ បើសិនអ្នកមានអាការៈដូចជាស្រកទម្ងន់ ជម្ងឺល្បើង ឬឆាប់អស់កំឡាំង អ្នកត្រូវតែនិយាយជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យ ។ ក្នុងករណីមានលទ្ធផលមិនធម្មតា សូមធ្វើតាមការណែនាំរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ។

លទ្ធផលពិនិត្យវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី _____ ខែ ឆ្នាំ
លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះ:ការិយាល័យ _____

* ពាក្យនៃការពិនិត្យមហារីកប្រែប្រួលទៅតាមស្តង់ដារនៃការពិនិត្យមហារីក

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
--------	--------------------	-------------

មហារីកពោះវៀនធំ	បញ្ជីនៃការពិនិត្យ (កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ)		លទ្ធផល	រង្វាយតំលៃ * សរសេរទៅតាមស្តង់ដាររង្វាយតំលៃ
	ឈ្មោះនៃការពិនិត្យ (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ) * អតិបរមា ៣ រួមមាន ការពិនិត្យឈាមក្នុងលាមក, ពិនិត្យចុងពោះវៀនធំជាលក្ខណៈឌីជីថល, ឬការស្រង់ពោះវៀន ។	គំនិត (ទីតាំងជំងឺ) * កត់ត្រាការណែនាំដោយយោងទៅតាមការធ្វើតេស្តលាមក (មិនមានទីតាំងនៃមហារីក) * គំនិតដែលបានមកពីការធ្វើតេស្តលាមក, លោកអ្នកមិនបាច់សរសេរទេ	ពេតសាស្ត្រ * បើសិនជាមិនមានការពិនិត្យជាលិកា ទុកឲ្យនៅទេ ។	ពេតសាស្ត្រ * បើសិនជាមិនមានការពិនិត្យជាលិកា ទុកឲ្យនៅទេ ។
ការណែនាំ				
កាលបរិច្ឆេទនៃរង្វាយតំលៃ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ	ឈ្មោះ (ហត្ថលេខា)

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ

* បើសិនជាមានការតម្រូវឲ្យមានការសម្រាកថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែទាំជំងឺ(ពាក្យស្នើការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

* មហារីកពោះវៀនធំមានការកើតឡើងជាច្រើននៅក្នុងប្រទេសកូរ៉េ ។ វាអាចពិនិត្យរកឃើញបានតាមរយៈការពិនិត្យធម្មតា ហើយអាចព្យាបាលឲ្យជាទាំងស្រុងបានតាមរយៈការស្រង់ និងវះកាត់ បើសិនជាគេដឹងទាន់ក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ។

* ដោយយោងទៅតាមការកើនឡើងនៃចំនួននៃអ្នកកើតមហារីកពោះវៀនធំ នៅអាយុលើសពី ៥០ឆ្នាំ យើងសូមណែនាំឲ្យបុរស និងស្ត្រីដែលមានអាយុ លើសពី ៥០ឆ្នាំឲ្យធ្វើការពិនិត្យឈាមក្នុងលាមកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ទោះបីជាមិនមានអាការៈអ្វីក៏ដោយ ។ នៅពេលដែលលទ្ធផលមានភាពមិនប្រក្រតី វត្តមាននៃមហារីកពោះវៀនធំអាចត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ដោយការពិនិត្យ DRE ឬឆ្លុះពោះវៀនធំ ។

* វាមិនអាចវិនិច្ឆ័យមហារីកទាំងអស់ដោយគ្រាន់តែតាមរយៈការពិនិត្យឈាមក្នុងលាមកឡើយ ។ ដូចនេះទោះបីជាលទ្ធផលពិនិត្យអវិជ្ជមានក៏ដោយ បើសិនលោកអ្នកមានអាការៈដូចជាស្រកទម្ងន់ ប្រែប្រួលទំហំលាមក បត់ដើងឈាម អ្នកត្រូវតែនិយាយជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យ ។ ក្នុងករណីមានលទ្ធផលមិនធម្មតា សូមធ្វើតាមការណែនាំរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ។

ពោតវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនដូចតទៅ

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះការិយាល័យ _____

* ពាក្យនៃការពិនិត្យមហារីកប្រែប្រួលទៅតាមស្តង់ដារនៃការពិនិត្យមហារីក

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកដោះ

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
--------	--------------------	-------------

បញ្ជីនៃការពិនិត្យ (កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ)		លទ្ធផល	រង្វាយតំលៃ * សរសេរទៅតាមស្តង់ដាររង្វាយតំលៃ	
ការពិនិត្យការស្នើអ៊ុច (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ)	គំនិត (ទីតាំងជំងឺ) *សរសេរពីទីតាំងនៃជំងឺនៅក្នុងរង ក្រចក			
ការណែនាំ				
កាលបរិច្ឆេទនៃរង្វាយតំលៃ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ	
			ឈ្មោះ:	(ហត្ថលេខា)

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកដោះ

* បើសិនជាមានការតម្រូវឲ្យមានការសម្រាកថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែទាំជំងឺ (ពាក្យស្នើការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

* មហារីកដោះមានការកើតឡើងជាច្រើននៅក្នុងប្រទេសកូរ៉េ ។ វាអាចពិនិត្យរកឃើញបានតាមរយៈការពិនិត្យធម្មតា ហើយអាចព្យាបាលឲ្យជាទាំងស្រុងបានតាមរយៈវះកាត់ បើសិនជាគេដឹងក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ។

* យើងសូមណែនាំឲ្យស្ត្រីដែលមានអាយុ លើសពី ៥០ឆ្នាំទៅធ្វើការពិនិត្យការស្នើអ៊ុចជារៀងរាល់២ឆ្នាំ ដើម្បីឲ្យដឹងទាន់ពេល។

* បើសិនលោកអ្នកធ្លាប់ធ្វើការវះកាត់ដោះ ឬក៏មានអារម្មណ៍ថាមានដុះពកដែលខុសពីសាច់ដោះជុំវិញ ឬក៏ដោះឈាម អ្នកត្រូវតែនិយាយទៅកាន់អ្នកពិនិត្យទោះបីជាលទ្ធផលពិនិត្យថាធម្មតាក៏ដោយ ។ ក្នុងករណីពិនិត្យឃើញថាមានមហារីកដោះ សូមធ្វើតាមការណែនាំរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ។

លទ្ធផលពេទ្យពិនិត្យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
 លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះការិយាល័យ _____

* ពាក្យនៃការពិនិត្យមហារីកប្រែប្រួលទៅតាមស្តង់ដារនៃការពិនិត្យមហារីក

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកស្បូន

ឈ្មោះ:	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
--------	--------------------	-------------

បញ្ជីនៃការពិនិត្យ (កាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យ)		លទ្ធផល	រង្វាយតំលៃ ※ សរសេរទៅតាមស្តង់ដាររង្វាយតំលៃ	
ការធ្វើតេស្ត មហារីកស្បូន (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ)	ពេកវិនិច្ឆ័យ (កាត់ជាលិកាមកពិនិត្យ) ※ បើសិនលោក អ្នកមិនបានធ្វើការពិនិត្យ នេះ មិនចាំបាច់សរសេរ ឡើយ ។			
	ការណែនាំ			
កាលបរិច្ឆេទនៃរង្វាយតំលៃ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	គ្រូពេទ្យពិនិត្យ	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ	
			ឈ្មោះ:	(ហត្ថលេខា)

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យជំងឺមហារីកស្បូន

※ បើសិនជាមានការតម្រូវឲ្យមានការសម្រាកថែទាំជំងឺ ដោយយោងទៅតាមលទ្ធផលពិនិត្យ ពាក្យស្នើសុំការសម្រាកថែទាំជំងឺ (ពាក្យស្នើការព្យាបាល) នឹងត្រូវបានប្រើជំនួស ហើយលិខិតផ្តល់ដំណឹងលទ្ធផលនេះអាចប្រើបាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យទូទៅបាន ។

※ វាអាចពិនិត្យរកឃើញបានតាមរយៈការពិនិត្យជាលិកា ហើយអាចព្យាបាលឲ្យជាទាំងស្រុងបានតាមរយៈការវះកាត់ងាយ បើសិនជាគេដឹងក្នុងដំណាក់កាលដំបូង ។

※ យើងសូមណែនាំឲ្យស្ត្រីដែលមានអាយុ លើសពី ៣០ឆ្នាំឲ្យធ្វើការពិនិត្យជាលិកាជារៀងរាល់ឆ្នាំ២ ដើម្បីឲ្យដឹងទាន់ពេល។

※ បើសិនលោកអ្នកអាការៈដូចជាការចេញឈាមតាមស្បូន សូមធ្វើការប្រឹក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យ ទោះបីជាលទ្ធផលធម្មតាក៏ដោយ ។ សូមធ្វើការតាមការណែនាំរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតបើសិនលទ្ធផលមានមហារីក ។

លទ្ធផលពេកវិនិច្ឆ័យត្រូវបានជម្រាបជូនលោកអ្នកដូចតទៅថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
លេខកូដការិយាល័យ _____ ឈ្មោះការិយាល័យ _____

※ ពាក្យនៃការពិនិត្យមហារីកប្រែប្រួលទៅតាមស្តង់ដារនៃការពិនិត្យមហារីក

លិខិតព្រមព្រៀងការប្រើប្រាស់លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ ក្រោយការពិនិត្យសុខភាព

***សូមគូសសញ្ញា/ក្នុងប្រអប់ ពិនិត្យសុខភាព ដែលលោកអ្នកយល់ស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានចាំបាច់ ។**

[ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ ការពិនិត្យសុខភាពនៅចំណុចរបត់នៃជីវិត ការពិនិត្យមហារី ការពិនិត្យសុខភាពទារក]

កិច្ចព្រមព្រៀងនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពទូទាំងប្រទេស ដើម្បីជួយដល់ការតាមដានរក្សាសុខភាព (ការប្រឹក្សា និងអប់រំ សុខភាព, ការផ្តាច់បារី, ការបន្ថយការបរិភោគគ្រឿងស្រវឹង, លំហាត់ប្រាណ និងជីវជាតិ) សម្រាប់លោកអ្នកដែលមានឬសង្ស័យថាមានជំងឺលើសឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ខ្លាញ់ក្នុងឈាម ឬជំងឺរ៉ាំរ៉ៃផ្សេងៗ ។
កិច្ចព្រមព្រៀងអាចត្រូវបានដក នៅពេលណាមួយ តាមរយៈការទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬតាមរយៈការទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលអតិថិជន ១៥៧៧-១០០០ ដោយបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណរបស់លោកអ្នក ។

○ ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់

- ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន៖ ឈ្មោះ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ អ៊ីមែល
- ព័ត៌មានពិនិត្យសុខភាព៖ លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសុខភាព និងប្រវត្តិព្យាបាល

○ រយៈពេលនៃការរក្សាទុក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាន ៖ ២ឆ្នាំ

○ ស្ថាប័នប្រើប្រាស់៖ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ

- * លទ្ធផលនៃការពិនិត្យរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់ "ការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន" និង "ច្បាប់សុខាភិបាល" ។ វានឹងមិនត្រូវប្រើប្រាស់សម្រាប់ គោលបំណងផ្សេងទៀត ឬក៏ត្រូវបានផ្តល់ទៅឲ្យស្ថាប័នដទៃឡើយ ។
- * ហត្ថលេខីអាចមានសិទ្ធិក្នុងការដកកិច្ចព្រមព្រៀងគ្រប់ពេល ។ តាមរយៈការធ្វើដូចនេះ គាត់ នឹងមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មពិនិត្យសុខភាព ។

សាមីជនបានយល់យ៉ាងពេញលេញអំពីការពន្យល់នៃការពិនិត្យសុខភាពជាតិ និងការប្រើប្រាស់លទ្ធផលនៃការពិនិត្យ ហើយយល់ស្របក្នុងការផ្តល់លទ្ធផលសុខភាពទៅឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងក្រោយការពិនិត្យ ។

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ឈ្មោះអ្នកដែលគេពិនិត្យ: _____ (ហត្ថលេខា)
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ: _____
(ចំពោះកុមារ ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាល): _____ (ហត្ថលេខា)
ឈ្មោះស្ថាប័នពិនិត្យ(សញ្ញា) : _____ ()

ការរៀនរៀនបេក្ខជនពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ ឆ្នាំ០០០០ (សម្រាប់បង្ហាញដល់ស្ថាប័នពិនិត្យសុខភាព)
(សម្រាប់អ្នកធ្វើការដែលចុះឈ្មោះ)

ឈ្មោះ		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- 9(២)*****
កន្លែងធ្វើការ		លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ	
លេខធានារ៉ាប់រងសុខភាព		សាខា	
ផ្នែកការងារ ៧ ^{១)}		ដេប៉ាតឺម៉ង់	

បញ្ជីពិនិត្យ និងការចំណាយ

ការពិនិត្យលើកទីមួយ	មិនគិតថ្លៃ	ចក្ខុវិញ្ញាណ, សោតវិញ្ញាណ, សម្ពាធឈាម, ពិនិត្យទឹកនោម, ពិនិត្យឈាមពិនិត្យការស្នើសុំ, ពិនិត្យ, ការសំភាសចំពោះការព្យាបាល និងការព្យាបាលផ្សេងៗ * រយៈពេលនៃការពិនិត្យ: រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០					ការពិនិត្យថ្លើមប្រភេទ B (អាយុ ៤០ឆ្នាំ) ^{២)}	
ការពិនិត្យសុខភាពមាត់	មិនគិតថ្លៃសម្រាប់មនុស្សម្នាក់	ការពិនិត្យធ្មេញពុក, ធ្មេញខូច, ជាលិកាធ្មេញ, ការអប់រំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ៗ * រយៈពេលនៃការពិនិត្យ: រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០						
ការពិនិត្យលើកទីពីរ	មិនគិតថ្លៃ	ធ្វើឡើងសម្រាប់ លោកអ្នកដែលសង្ស័យថាមានជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ និង/ឬ មានជំងឺទឹកនោមផ្អែមក្នុងការពិនិត្យលើកទីមួយ ។ ដោយយោងទៅតាមការពិនិត្យលើកទីមួយ រង្វាយតម្លៃលើទម្លាប់ រស់នៅ ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃជនដែលមានអាយុ ៤០,៦៦ឆ្នាំ ដែលត្រូវទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពពិសេស ត្រូវបានធ្វើឡើង ។ (រយៈពេលនៃការពិនិត្យ: រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០)						
ការពិនិត្យមជ្ឈឹមហាវីក	ផ្នែក	មហាវិកក្រពះ	មហាវិកថ្លើម	មហាវិកពោះវៀនធំ	មហាវិកដោះ	មហាវិកស្បូន	ភ្នាក់ងារព័ត៌មាន ^{៣)}	
	បេក្ខជន/តំលៃ ^{៤)}							
	ការទ្រទ្រង់តម្លៃព្យាបាល							
	រយៈពេលពិនិត្យ	រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០ ។ ការពិនិត្យលើកទី ២សម្រាប់ជំងឺ មហាវិកក្រពះ និងពោះវៀនធំនឹងត្រូវបានធ្វើរហូតដល់ថ្ងៃទី៣១ ខែមករា ឆ្នាំ ០០០០ ។						

* ក្នុងករណីមានការពិនិត្យពីរដង អ្នកជំងឺ ត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ បំពេញការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្របន្ថែម: សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិនឹងយកថ្លៃពិនិត្យសុខភាពពីអ្នកពិនិត្យជំងឺ បើសិនជាមានការពិនិត្យត្រូវបានធ្វើឡើងលើសពី១ដងក្នុង១ខួប។ (រយៈពេលពិនិត្យសុខភាព: អ្នកធ្វើការិយាល័យរាល់២ឆ្នាំម្តង, អ្នកមិនធ្វើការិយាល័យរាល់២ឆ្នាំ) ។

* លោកអ្នកដែលបានទទួលសារពីភ្នាក់ងារព័ត៌មាន: ពួកយើងនឹងផ្ញើសំបុត្រដោយមានបញ្ជីពិនិត្យមហាវិកទៅកាន់អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក ដូចនេះសូមកុំធ្វើការពិនិត្យមហាវិកចំនួនពីរដង ។

យើងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាលោកអ្នកខាងលើពិតជាបេក្ខជនពិនិត្យសុខភាពនៅកន្លែងធ្វើការរបស់យើងខ្ញុំមែន ។

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
និយោជក: (ហត្ថលេខា)

- កំណត់ចំណាំ
- ១) ប្រភេទការងារ: សរសេរដាច់ដោយឡែកពីគ្នារវាងអ្នកធ្វើការិយាល័យ និងអ្នកមិនធ្វើការិយាល័យ(យោងតាមបញ្ជីអ្នកទទួលបានការពិនិត្យសុខភាព)
 - ២) ការពិនិត្យថ្លើមប្រភេទ B គឺសម្រាប់ តែលោកអ្នកមានអាយុ ៤០ឆ្នាំ (លើកលែងលោកអ្នកដែលមានអង់ទីករ B)
 - ៣) ភ្នាក់ងារព័ត៌មាន: លទ្ធផលនៃការពិនិត្យមហាវិកនឹងត្រូវបានរាយការណ៍ទៅកាន់បេក្ខជន(មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ)
 - ៤) ការប្រកាសពីតំលៃដែលត្រូវបង់

- ① មិនគិតថ្លៃ: សម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅលើកទី ១និងទី២, ការពិនិត្យសុខភាពនៅចំនុចរបស់នៃជីវិត, ការពិនិត្យមហាវិកស្បូន តម្លៃទាំងអស់ត្រូវបានបង់ដោយ NHIC ។ ហើយចំពោះការពិនិត្យមហាវិកជាតិដូចជាមហាវិកពោះវៀនធំ ថ្លើម ដោះ ក្រពះនឹងត្រូវបានបង់ដោយ NHICចំនួន ៨០% ហើយរដ្ឋបង់ ចំនួន ២០%។
 - ② បង់ ២០%: NHICនឹងបង់ជំនួស ៨០%
 - ③ មិនមែនជាបេក្ខជន: មិនមែនជាបេក្ខជនពិនិត្យសុខភាព
 - ④ ការបញ្ចប់ការពិនិត្យ: ជនដែលបានធ្វើការពិនិត្យរួចរាល់
 - ⑤ បើសិនរកឃើញថាមានមហាវិក អ្នកជំងឺអាចទទួលបានការទ្រទ្រង់ថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ
- * អាយុសម្រាប់ ការពិនិត្យមហាវិក ៖ មហាវិកក្រពះ និងដោះ(លើ ៤០ឆ្នាំ), មហាវិកពោះវៀនធំ(លើ ៥០ឆ្នាំ), មហាវិកថ្លើម(លើ ៤០ឆ្នាំ), មហាវិកស្បូន(លើ ៣០ឆ្នាំ)
- * លោកអ្នកអាចធ្វើការពិនិត្យ លោកអ្នកទទួលបានការពិនិត្យជំងឺ, ភ្នាក់ងារព័ត៌មាន, លទ្ធផលពិនិត្យរាល់ឆ្នាំ នៅលើគេហទំព័រនៃ សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ ។ (www.nhis.or.kr).

[ឯកសារឧបសម្ព័ន្ធ ៥]

※ ការពិនិត្យសុខភាពត្រូវបានដំណើរការដោយសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ(NHIC)រៀងរាល់ ២ឆ្នាំ ។ បើសិនជាមានណាមួយធ្វើការពិនិត្យ ២ដងឬច្រើនជាងនេះ យើងនឹងគិតថ្លៃពិនិត្យសុខភាព ។

※ រកព័ត៌មានអំពីព័ត៌មាននៅលើគេហទំព័រ NHIS(www.nhis.or.kr) ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសាខា(១៥៧៧-១០០០) ។

ទំព័របោះពុម្ពអាស័យដ្ឋាន	ប្រើជំនួសបញ្ជីពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ
-------------------------	-----------------------------------

----- កុំហែកក្រដាសនេះ ក្រដាសនេះអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ ជាក្រដាសអាសយដ្ឋាននៃលទ្ធផល -----

**ការរៀងរាល់ឆ្នាំពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ ឆ្នាំ០០០០ (សម្រាប់បង្ហាញដល់ស្ថាប័នពិនិត្យសុខភាព)
(សមាជិកក្នុងតំបន់ សមាជិកគ្រួសារ(លើកលែងអ្នកទ្រទ្រង់))**

ឈ្មោះ:		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	- ១(២)*****
លេខធានារ៉ាប់រងសុខភាព	មុខងារ	សាខាការិយាល័យ	

បញ្ជីពិនិត្យ និងការចំណាយ

ការពិនិត្យលើកទីមួយ	មិនគិតថ្លៃ	ចក្ខុវិញ្ញាណ, សោតវិញ្ញាណ, សម្ពាធឈាម, ពិនិត្យទឹកនោម, ពិនិត្យឈាម ពិនិត្យការស្និទ្ធិ, ពិនិត្យ, ការសំភាសចំពោះការព្យាបាល និងការព្យាបាលផ្សេងៗ ※ រយៈពេលនៃការពិនិត្យ: រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០	ការពិនិត្យថ្លើមប្រភេទ B (អាយុ ៤០ឆ្នាំ) ^២
--------------------	------------	---	---

ការពិនិត្យសុខភាពមាត់	មិនគិតថ្លៃសម្រាប់មនុស្សម្នាក់	ការពិនិត្យធ្មេញពុក, ធ្មេញខូច, ជាលិកាធ្មេញ, ការអប់រំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ។ល។ ※ រយៈពេលនៃការពិនិត្យ: រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០
----------------------	-------------------------------	--

ការពិនិត្យលើកទីពីរ	មិនគិតថ្លៃ	ធ្វើឡើងសម្រាប់លោក អ្នកដែលសង្ស័យថាមានជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ និង/ឬ មានជំងឺទឹកនោមផ្អែមក្នុងការពិនិត្យលើកទីមួយ ។ ដោយយោងទៅតាមការពិនិត្យលើកទីមួយ រង្វាយតម្លៃលើទម្លាប់ រស់នៅ ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃលោកអ្នកដែលមានអាយុ ៤០,៦៦ឆ្នាំ ដែលត្រូវទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពពិសេស ត្រូវបានធ្វើឡើង ។ (រយៈពេលនៃការពិនិត្យ: រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០)
--------------------	------------	--

ការពិនិត្យមហារីក	ផ្នែក	មហារីកក្រពះ	មហារីកថ្លើម	មហារីកពោះវៀនធំ	មហារីកដោះ	មហារីកស្បូន	ភ្នាក់ងារព័ត៌មាន ^៣
	បេក្ខជន/តំលៃ ^៤						
	ការទ្រទ្រង់តម្លៃព្យាបាល						
រយៈពេលពិនិត្យ		រហូតដល់ ថ្ងៃទី៣១ ខែធ្នូ ឆ្នាំ ០០០០ ។ ការពិនិត្យលើកទី ២សម្រាប់ មហារីកក្រពះ និងពោះវៀនធំនឹងត្រូវបានធ្វើរហូតដល់ថ្ងៃទី៣១ ខែមករា ឆ្នាំ ០០០០ ។					

យើងសូមបញ្ជាក់ថាលោកអ្នកខាងលើពិតជាលោកអ្នកពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ឆ្នាំ ០០០០
ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
អគ្គនាយកសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ: (ហត្ថលេខា)

- ចំណាំ
- ១) ការពិនិត្យថ្លើមប្រភេទ B គឺសម្រាប់ តែលោកអ្នកមានអាយុ ៤០ឆ្នាំ (លើកលែងលោកអ្នកដែលមានអង់ទីករ B)
 - ២) ការប្រកាសព័ត៌មានដែលត្រូវបង់
 - ① មិនគិតថ្លៃ: សម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅលើកទី ១និងទី២, ការពិនិត្យមហារីកស្បូន ឬការពិនិត្យសុខភាពពិសេសសម្រាប់ អាយុ ៤០, ៦៦ និង ៧០ឆ្នាំ តម្លៃទាំងអស់ត្រូវបានបង់ដោយ NHIC ។ ហើយចំពោះលោកអ្នកដែលបានទទួលការពិនិត្យមហារីកដំណាក់ កាលដំបូងជាតិ ធ្វើពិនិត្យមហារីកដូចជាមហារីកពោះវៀនធំ ថ្លើម ដោះ ក្រពះនឹងត្រូវបានបង់ដោយ NHICចំនួន ៨០% ហើយរដ្ឋបង់ ចំនួន ២០%។
 - ② ទឹកប្រាក់សម្ព័ន្ធត្រូវបង់សម្រាប់ ការប្រភេទនៃការពិនិត្យមហារីក(១០%នៃតម្លៃពិនិត្យមហារីក) ។
※បន្ទាប់ពីគណនាតម្លៃដែលអ្នកពិនិត្យត្រូវបង់ដោយបូកតំលៃប្រឹក្សា តំលៃរដ្ឋបាល តំលៃពិនិត្យហើយ បើសិនជាក្រោម ១០វ៉ន នឹងត្រូវកាត់ចោល ។
 - ③ មិនមែនជាបេក្ខជន: មិនមែនជាបេក្ខជនពិនិត្យសុខភាព
 - ④ ការបញ្ចប់ការពិនិត្យ: ជនដែលបានធ្វើការពិនិត្យរួចរាល់
 - ⑤ បើសិនរកឃើញថាមានមហារីក អ្នកជំងឺអាចទទួលបានការទ្រទ្រង់ថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ
 - ៣) ភ្នាក់ងារព័ត៌មាន: ភ្នាក់ងារព័ត៌មានគឺជាកន្លែង(មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ) សម្រាប់រាយការណ៍លទ្ធផលពិនិត្យ ទៅកាន់លោកអ្នកទទួលបានការពិនិត្យមហារីកដំណាក់ កាលដំបូង ។
※ អាយុសម្រាប់ ការពិនិត្យជំងឺមហារីក ៖ មហារីកក្រពះ និងសុដន់ (លើ ៤០ឆ្នាំ), មហារីកពោះវៀនធំ(លើ ៥០ឆ្នាំ), មហារីកថ្លើម(លើ ៤០ឆ្នាំ), មហារីកស្បូន(លើ ៣០ឆ្នាំ)
※ លោកអ្នកអាចធ្វើការពិនិត្យ លោកអ្នកទទួលបានការពិនិត្យជំងឺ, ភ្នាក់ងារពិនិត្យ, លទ្ធផលពិនិត្យរាល់ឆ្នាំ នៅលើគេហទំព័រនៃ សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ ។ (www.nhis.or.kr).

ព័ត៌មានអំពីអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព

□ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅដែលផ្តល់ដោយសេវាកម្មអាចធ្វើឡើងពីរឆ្នាំម្តង(ចំពោះអ្នកដែលមិនធ្វើការការិយាល័យ ១ឆ្នាំម្តង), ការពិនិត្យសុខភាពនៅរូបគំរូវិវាទអាចធ្វើបានសម្រាប់ អាយុលើសពី ៤០ឆ្នាំ និង៦៦ឆ្នាំ ។ ការពិនិត្យសុខភាពទារកអាចត្រូវបានធ្វើនៅ អាយុ ៤,៩,១៨,៣០,៤២,៥៤ និង៦៦ខែ ។

□ សំណួរ សំភាសន៍ជាឯកសារសំខាន់សម្រាប់ វេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងការធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យ ដូចនេះសូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងក្រដាសទាំងអស់ ។

* បើសិនលោកអ្នកឯកភាពជាមួយនឹងគោលនយោបាយសម្រាប់ ការទទួលព័ត៌មាន និងសរសេរអ៊ីមែលរបស់លោកអ្នកលើក្រដាស សំភាសន៍ លោកអ្នកអាចទទួលព័ត៌មានសុខភាពពី NHIC(សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ), KCDC(មជ្ឈមណ្ឌលកូរ៉េព្យាបាលនិងបង្ការជំងឺ), NCC និង/ឬ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព ។

□សម្រាប់ការពិនិត្យមហារីក សាមីខ្លួនអាចជ្រើសរើសប្រភេទនៃការពិនិត្យដែលខ្លួនចង់ ហើយសាមីខ្លួនត្រូវបង់ប្រាក់ ២០%នៃតំលៃសរុប ។

□ការពិនិត្យមហារីកពោះវៀនធំគឺសម្រាប់ តែមនុស្សដែលមានអាយុ លើសពី៥០ប៉ុណ្ណោះ ។ ការពិនិត្យលាមកនឹងត្រូវបានធ្វើ ។ បន្ទាប់មក សាមីខ្លួនអាចជ្រើសការពិនិត្យដូចជាការសុំពោះវៀន ឬការពិនិត្យពោះវៀនបែបឌីជីថល បើសិនជាលទ្ធផលគឺវិជ្ជមាន ។

□NHIC នឹងចេញថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់សម្រាប់ ការពិនិត្យ ដូចជាការពិនិត្យពិសេសសម្រាប់ មនុស្ស ដែលមានអាយុ ៤០,៦៦,៧០, ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅសម្រាប់ ទារក, កុមារមុនចូលរៀន ឬការពិនិត្យមហារីកស្បូន ។

□ អ្នកដែលទទួលការពិនិត្យពិសេស(អាយុ ៤០, ៦៦ឆ្នាំ) អាចធ្វើការពិនិត្យបានតែម្តងគត់ក្នុងជីវិតរបស់ខ្លួន ។

□ អ្នកដែលធ្វើការពិនិត្យលើកទីមួយ នឹងក្លាយជាអ្នកពិនិត្យលើកទីពីរ ។ វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ លើកកម្ពស់ ជីវិតតាមរយៈរង្វាយតំលៃ (ការជក់បារី, បរិភោគគ្រឿងស្រវឹង, លំហាត់ប្រាណ, លើសទម្ងន់, ជីវជាតិ) មិនអាចប្រើបានសម្រាប់ការព្យាបាល ឬផ្តល់ថ្នាំឡើយ ។

□ សូមធ្វើទៅតាមបទបញ្ជានៃការពិនិត្យសុខភាព ។ លទ្ធផលនឹងមិនមានភាពសុក្រិត បើសិនលោកអ្នកមិនមានពោះទទេលើសពី ៨ម៉ោងមុនការពិនិត្យ ធ្វើការលើសម៉ោង ឬធ្វើការពិនិត្យពេលមករដូវ។

របៀបតម្លៃពីការជក់បារី

ឈ្មោះអ្នកទទួលការពិនិត្យ	
-------------------------	--

សូមធ្វើការឆ្លើយសំណួរ ខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន ដោយគូសក្នុងប្រអប់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

១. តើលោកអ្នកមានគម្រោងផ្តាច់ជក់បារីទេ?

- ① ខ្ញុំមានគម្រោងផ្តាច់បារីឲ្យបានក្នុង ១ខែនេះ ។
- ② ខ្ញុំមានគម្រោងផ្តាច់បារីឲ្យបានក្នុង ៦ខែនេះ ។
- ③ ខ្ញុំបានគិតពីគម្រោងផ្តាច់បារី ប៉ុន្តែមិនមែនក្នុង ៦ខែនេះទេ ។
- ④ ខ្ញុំមិនមានបំណងផ្តាច់បារីឡើយ ។

២. តើលោកអ្នកអាចផ្តាច់បារីបានឥឡូវនេះដែរឬទេ?(០-៧)

- ០ ១ ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧

(មិនសោះ) (ច្បាស់ណាស់)

៣. តើរយៈពេលប៉ុន្មានក្រោយពេលក្រោកឡើង ដែលលោកអ្នកចាប់ផ្តើមជក់បារីទីមួយរបស់លោកអ្នក ?

- ក្នុង ៥នាទី(៣ពិន្ទុ) រវាង ៦-៣០នាទី(២ពិន្ទុ)
- រវាង ៣១-៦០នាទី(១ពិន្ទុ) បន្ទាប់ពី ៦០នាទី (០ពិន្ទុ)

៤. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាពិបាកទប់ការចង់ជក់បារីនៅពេលលោកអ្នកនៅក្នុងកន្លែងហាមជក់បារី ដូចជាព្រះវិហារ រោងមហោស្រព ឬបណ្ណាល័យដែរឬទេ?

- មែន(១ពិន្ទុ) ទេ(០ពិន្ទុ)

៥. តើពេលណាដែលពិបាកបញ្ឈប់សម្រាប់លោកអ្នក?

- ជក់បារីដំបូងនៅពេលព្រឹក(១ពិន្ទុ) ផ្សេង (០ពិន្ទុ)

៦. តើលោកអ្នកជក់បារីប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ?

- ក្រោម ១០ដើម (០ពិន្ទុ) ១១-២០ដើម (១ពិន្ទុ)
- ២១-៣០ដើម (២ពិន្ទុ) លើសពី ៣១ដើម(៣ពិន្ទុ)

៧. ក្រោយពេលភ្ញាក់ពីដំណេក រយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងដំបូង លោកអ្នកជក់បារីច្រើនជាងគេមែនដែរឬទេ?

- មែន(១ពិន្ទុ) ទេ(០ពិន្ទុ)

៨. តើលោកអ្នកនៅតែមានអារម្មណ៍ចង់ជក់បារី ទោះបីលោកអ្នកឈឺក៏ដោយមែនទេ?

- មែន(១ពិន្ទុ) ទេ(០ពិន្ទុ)

សរុប	
-------------	--

វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្តាច់បារី

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ :

ឈ្មោះអ្នកពិនិត្យ :

ភេទ : ប្រុស/ស្រី

១.ស្ថានភាពនៃការដក់បារីនាពេលបច្ចុប្បន្ន

- អតីតអ្នកដក់
- អ្នកដក់តិចតួច
- អ្នកដក់ខ្លាំង

២.ភាពញៀននិងនឹកទី

- ទាប
- មធ្យម
- ខ្ពស់

អ្នកលើកកម្ពស់ គុណភាពជីវិតរបស់លោកអ្នក បើសិនលោកអ្នកឈប់ដក់បារី

៣.វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ ការផ្តាច់បារី

- ត្រូវការការអប់រំ ឬប្រឹក្សាដើម្បីផ្តាច់បារី ។ សូមអានសៀវភៅណែនាំអំពីការផ្តាច់បារី ។
- ត្រូវការវិធីព្យាបាលដោយរកអ្វីជំនួសនឹកទីន ។

-
- ត្រូវការថ្នាំសម្រាប់ ជំនួយការផ្តាច់បារី (ដូចជា ប្រូភាន) ។

-
- សូមប្រើប្រាស់សេវាកម្មផ្តាច់បារី (ដូចជា គ្លីនិកផ្តាច់បារី ឬមជ្ឈមណ្ឌលទូរសព្ទសម្រាប់ ការផ្តាច់បារី) ។

ផ្សេងៗ៖ _____

៤.ស្ថានភាពជំងឺរបស់លោកអ្នកអាចនឹងមានភាពល្អប្រសើរបើសិនលោកអ្នកឈប់ដក់បារី ។

- សម្ពាធឈាមខ្ពស់
- ទឹកនោមផ្អែម
- ជំងឺបេះដូង
- ជាតិខ្លាញ់ខ្ពស់ក្នុងឈាម
- ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល
- ជំងឺស្ទះសរសៃឈាម
- ជំងឺស្មាតភ្នែក
- ជំងឺហឺត
- រលាកច្រមុះ
- ជំងឺក្រពះ/ជាតិអាស៊ីតក្នុងក្រពះ
- សុគតស្មាញក្នុងការព្យាបាល
- សុខភាពគ្រួសារ
- ជកដង្ហើមមិនបានល្អ
- ចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធប្រសាទ
- រហូសមិនងាយជា
- បាត់បង់សមត្ថភាពផ្លូវភេទ
- ឈឺខ្នង & ប្រេះឆ្អឹងខ្នង
- ពុកឆ្អឹង

ផ្សេងៗ៖ _____

លោកអ្នកអាចទៅគ្លីនិកសុខភាពជាទៀងទាត់ដើម្បីទទួលជំនួយក្នុងការផ្តាច់បារី ។

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យពិនិត្យ :

(ហត្ថលេខា)

*** វេជ្ជបញ្ជានេះមិនអាចប្រើសម្រាប់ ការព្យាបាលបានឡើយ ។ វាសម្រាប់ តែការកែសម្រួលទម្លាប់ នៃការរស់នៅប៉ុណ្ណោះ ។**

របាយការណ៍លើការបរិភោគគ្រឿងស្រវឹង

ឈ្មោះអ្នកទទួលការពិនិត្យ	
-------------------------	--

សូមធ្វើការឆ្លើយសំណួរ ខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន ដោយគូសក្នុងប្រអប់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

១. តើលោកអ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ២-៤ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ២-៣ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ជាង ៤ដងក្នុង១សប្តាហ៍ (៤ពិន្ទុ)

២. ពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង តើលោកអ្នកទទួលបានកម្រិត ណា?

(ដោយមិនគិតពីប្រភេទនៃគ្រឿងស្រវឹង បរិមាណទាំងអស់ត្រូវគិតជាតែ ១ ស្រាបៀរមួយកំប៉ុង ៣៥៥ cc (ឬម៉ាកលីមួយបានមានបរិមាណស្មើនឹង ១កែវ)

- ១~២ (០ ពិន្ទុ) ៣~៤ (១ ពិន្ទុ) ៥~៦ (២ ពិន្ទុ)
- ៧~៩ (៣ ពិន្ទុ) លើ ១០ (៤ ពិន្ទុ)

៣. តើលោកអ្នកទទួលបានគ្រឿងស្រវឹងលើសពី ៦កែវក្នុងមួយលើក ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ១ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ១ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (៤ពិន្ទុ)

៤. កាលពីឆ្នាំមុន តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាលោកអ្នកមិនអាចឈប់ជឹកស្រាបានទេ នៅពេលលោកអ្នកចាប់ផ្តើមជឹក ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ១ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ១ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (៤ពិន្ទុ)

៥. កាលពីឆ្នាំមុន តើលោកអ្នកខកខានមិនបាន ធ្វើការងារប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួន ដោយសារតែការជឹកស្រា ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ១ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ១ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (៤ពិន្ទុ)

៦. កាលពីឆ្នាំមុន តើលោកអ្នកធ្លាប់ត្រូវតែជឹកស្រានៅពេលព្រឹក ដើម្បីអាចធ្វើសកម្មភាពបាន បន្ទាប់ពីលោកអ្នកបានជឹកស្រាកាលពីយប់ ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ១ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ១ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (៤ពិន្ទុ)

៧. កាលពីឆ្នាំមុន តើលោកអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ខុសឆ្គង ឬស្តាយក្រោយ ដោយសារតែការជឹកស្រា ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ១ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ១ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (៤ពិន្ទុ)

៨. កាលពីឆ្នាំមុន តើលោកអ្នកធ្លាប់មិនចង់ចាំនូវសកម្មភាពអ្វីទាំងអស់ដែលលោកអ្នកបានធ្វើនៅយប់មុន ដោយសារតែការជឹកស្រា ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) តិចជាង១ដងក្នុង១ខែ (១ ពិន្ទុ) ១ដងក្នុង១ខែ(២ពិន្ទុ)
- ១ដងក្នុង១សប្តាហ៍(៣ពិន្ទុ) ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (៤ពិន្ទុ)

៩. តើលោកអ្នកធ្លាប់ជឹកស្រា ហើយធ្វើឲ្យនរណាម្នាក់ ឬខ្លួនលោកអ្នករងរបួសដែរឬទេ?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) មែន, ប៉ុន្តែមិនមែននៅឆ្នាំមុនឡើយ(២ពិន្ទុ)
- មែន, កាលពីឆ្នាំមុន (៤ពិន្ទុ)

១០. តើធ្លាប់មានមិត្តភក្តិ ឬជួបបណ្តិត ឬអ្នកធ្វើការផ្នែកសុខភាពណា បានអ្នកជឹកស្រារបស់លោកអ្នក ហើយស្នើឲ្យលោកអ្នកកាត់បន្ថយដែរឬទេ?

- មិនដែល (០ពិន្ទុ) មែន, ប៉ុន្តែមិនមែននៅឆ្នាំមុនឡើយ(២ពិន្ទុ)
- មែន, កាលពីឆ្នាំមុន (៤ពិន្ទុ)

រង្វាយតំលៃលើទម្លាប់ ហាត់ប្រាណ

ឈ្មោះអ្នកទទួលបានការពិនិត្យ	ខ្ញុំចង់ធ្វើរង្វាយតំលៃលើ ទម្លាប់ហាត់ប្រាណរបស់ខ្ញុំ ។
-----------------------------------	--

សូមធ្វើការឆ្លើយសំណួរ ខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន ដោយគូសក្នុងប្រអប់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

១. កាលពីសប្តាហ៍មុន តើលោកអ្នកបានហាត់ប្រាណខ្លាំងលើសពី ២០នាទី រហូតដល់ហត់ស្ទើរផុតដង្ហើម ប៉ុន្មានដង) ? ឧទាហរណ៍៖ ការរត់ ការរាំហាត់ប្រាណ ការជិះកង់ក្នុងល្បឿនលឿន ឡើងភ្នំ ។ល។

០ ១ ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧

២. កាលពីសប្តាហ៍មុន តើលោកអ្នកបានហាត់ប្រាណមធ្យមលើសពី ៣០នាទី រហូតដល់ដង្ហើមលោកអ្នកញាប់ជាងធម្មតា ប៉ុន្មានដង ? ឧទាហរណ៍៖ ការដើរលឿន ការលេងវាយកូនបាល់ ការជិះកង់ ការលាងសម្អាត ។ល។

០ ១ ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧

៣ កាលពីសប្តាហ៍មុន តើមានប៉ុន្មានថ្ងៃ ដែល លោកអ្នកធ្លាប់បានដើរយូរជាង ៣០នាទី ក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយរួមទាំងការដើរលើសពី ១០នាទីក្នុងមួយលើក?(ឧទាហរណ៍៖ ការហាត់ប្រាណតិចៗ ការដើរទៅធ្វើការ ឬការដើរកំសាន្ត ។ល។)

០ ១ ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧

សរុប

៤.តើលោកអ្នកធ្លាប់បានណែនាំដោយវេជ្ជបណ្ឌិតថាលោកអ្នកគួរតែហាត់ប្រាណ ដោយសារតែបញ្ហាបេះដូងដែរឬទេ?

មែន ទេ

៥.តើលោកអ្នក ធ្លាប់មានការឈឺទ្រូងពេលហាត់ប្រាណដែរឬទេ?

មែន ទេ

៦.តើនៅក្នុងខែចុងក្រោយនេះ លោកអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ឈឺទ្រូងទោះបីជាមិនហាត់ប្រាណក៏ដោយមែនទេ?

មែន ទេ

៧.តើលោកអ្នកធ្លាប់បាត់បង់លំនឹងដោយសារតែការបាត់បង់ស្មារតី ឬវិលមុខដែរឬទេ?

មែន ទេ

៨.បន្ទាប់ពីសាកល្បងហាត់ប្រាណ តើលោកអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាឆ្អឹង ឬសន្លាក់ដែរឬទេ?

មែន ទេ

៩.តើលោកអ្នកធ្លាប់ទទួលបានវេជ្ជបញ្ជា ដោយសារតែបញ្ហាបេះដូង ឬសម្ពាធលាមដែរឬទេ?

មែន ទេ

១០.តើមានមូលហេតុណាមួយដែលធ្វើឲ្យលោកអ្នកមិនធ្វើលំហាត់ប្រាណដែរឬទេ?

មែន ទេ

វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ទម្លាប់លំហាត់ប្រាណ

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ :

ឈ្មោះអ្នកពិនិត្យ :

ភេទ : ប្រុស/ស្រី

១.ស្ថានភាពនៃលំហាត់ប្រាណនាពេលបច្ចុប្បន្ន

- មិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ សុខភាព.
- មិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ លើកកម្ពស់ សុខភាព ទោះបីជាអាចរក្សាសុខភាពបានក៏ដោយ ។
- លើកកម្ពស់ សុខភាពរបស់លោកអ្នក ។

២.យើងសូមណែនាំប្រភេទលំហាត់ប្រាណដូចខាងក្រោមដើម្បីលើកកម្ពស់ សុខភាព និងជីវិតរបស់លោកអ្នក ។

១)ប្រភេទលំហាត់ប្រាណដែលលោកអ្នកគួរតែធ្វើ

- ការដើរលឿន ការដើរ ការឡើងភ្នំ
- ការហែលទឹក លេងទឹក ជិះកង់
- រាំហាត់ប្រាណ រាំ តាំងសម្បុរ
- ការលើកទម្ងន់ ផ្សេងៗ៖

២)រយៈពេលលំហាត់ប្រាណ

- ១០នាទី ១៥-៣០នាទី លើស ៣០នាទី ផ្សេងៗ

៣)ចំនួនដងនៃការហាត់ប្រាណ

- ១-២ដងក្នុង ១សប្តាហ៍ ៣-៤ ដងក្នុង ១សប្តាហ៍ លើសពី ៥ដងក្នុង ១សប្តាហ៍

៤)ជំងឺ/ស្ថានភាពរបស់លោកអ្នកអាចមានភាពប្រសើរតាមរយៈការហាត់ប្រាណ

- លើសទម្ងន់ ស្រ្តូស សម្ពាធឈាមខ្ពស់
- ទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល
- ជាតិខ្លាញ់ ខ្ពស់ក្នុងឈាម ជំងឺពុករលួយ ឈឺក្នុងឆ្អឹង ឬសន្លាក់
- រហូសដោយសារដួល តប់ប្រមល់ ផ្សេងៗ

☛ យើងខ្ញុំសូមផ្តល់យោបល់ឲ្យអ្នកទៅទទួលជំនួយបន្ថែមពីអ្នកជំនាញ

ឈ្មោះពេទ្យពិនិត្យ :

(ហត្ថលេខា)

* វេជ្ជបញ្ជានេះមិនអាចប្រើសម្រាប់ ការព្យា បាលបានឡើយ ។ វាសម្រាប់ តែការកែសម្រួលទម្លាប់ នៃការរស់នៅប៉ុណ្ណោះ ។

វង្វាយតម្លៃលើទម្លាប់ នៃរបបអាហារ

ឈ្មោះអ្នកទទួលការពិនិត្យ		ខ្ញុំចង់ធ្វើវង្វាយតម្លៃលើទម្លាប់ នៃរបបអាហាររបស់ខ្ញុំ ។
--------------------------------	--	--

សូមធ្វើការឆ្លើយសំណួរ ខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន ដោយគូសក្នុងប្រអប់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

១. ខ្ញុំជឿជាក់ថា ទឹកសណ្តែក ឬផលិតផលផ្សេងទៀត ច្រើនជាង១កែវ(២០០មីលីលីត) ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ។

- ជាទម្លាប់ (៥ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (១ point)

២. ខ្ញុំញ៉ាំអាហារដូចជាសាច់ ត្រី ស៊ុត សណ្តែក តៅហ្វី លើសពី ៣ដងក្នុងមួយថ្ងៃ ។

- ជាទម្លាប់ (៥ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (១ ពិន្ទុ)

៣. ខ្ញុំតែងដាក់បន្លែក្នុងអាហារជានិច្ច ។

- ជាទម្លាប់ (៥ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (១ ពិន្ទុ)

៤. ខ្ញុំញ៉ាំផ្លែឈើ(លើសពី ១ដង) ឬញ៉ាំទឹកផ្លែឈើជារៀងរាល់ថ្ងៃ ។

- ជាទម្លាប់ (៥ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (១ ពិន្ទុ)

៥. តើលោកអ្នកបរិភោគអាហារបំពងញឹកញាប់កម្រិត ណា?

- លើស ៤ដង ក្នុង ១សប្តាហ៍(១ ពិន្ទុ) ២-៣ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍(៣ ពិន្ទុ)
- តិចជាងម្តងក្នុង ១សប្តាហ៍(៥ ពិន្ទុ)

៦. តើលោកអ្នកបរិភោគអាហារដែលមានជាតិខ្លួលស្ទើរិល ដូចជាសាច់ជ្រូក៣ដាន់ ពងក្រហម មីក ល. កម្រិតណា ?

- លើស ៤ដង ក្នុង ១សប្តាហ៍(១ ពិន្ទុ) ២-៣ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍(៣ ពិន្ទុ)
- តិចជាងម្តងក្នុង ១សប្តាហ៍(៥ ពិន្ទុ)

៧. ខ្ញុំញ៉ាំរបស់ដូចជា កាវ៉េម នំ សម្រន់ និងជីក(កាហ្វេ កូកា ភេសជ្ជៈផ្សេង) ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ។

- ជាទម្លាប់ (១ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (៥ ពិន្ទុ)

៨. ខ្ញុំញ៉ាំត្រីប្រៃ ទឹកស៊ីអ៊ីវជាមួយបន្លែក្រៀម និងម្ហូបប្រេងទៃទៀត ។

- ជាទម្លាប់ (១ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (៥ ពិន្ទុ)

៩. ខ្ញុំតែងតែបរិភោគអាហារទៀងពេល ។

- ជាទម្លាប់ (៥ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (១ ពិន្ទុ)

១០. តើលោកអ្នកញ៉ាំអាហារប៉ុន្មានប្រភេទ ក្នុងចំណោមប្រភេទអាហារដូចជា ទឹកដោះគោ សាច់ឬត្រី ផ្លែឈើ បន្លែ និងគ្រាប់ធញ្ញជាតិជារៀងរាល់ថ្ងៃ ?

- ជាទម្លាប់ (៥ ពិន្ទុ) ពេលខ្លះ (៣ ពិន្ទុ) មិនដែល (១ ពិន្ទុ)

១១. តើលោកអ្នកញ៉ាំអាហារខាងក្រៅកម្រិត ណា?

- លើស ៥ដង ក្នុង ១សប្តាហ៍(១ ពិន្ទុ) ២-៤ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍(៣ ពិន្ទុ)
- តិចជាងម្តងក្នុង ១សប្តាហ៍(៥ ពិន្ទុ)

សរុប	
-------------	--

របាយការណ៍ចំពោះជំងឺតប្រមូលសម្រាប់អាយុ ៤០ឆ្នាំ

ខាងក្រោមជាសំណួរ អំពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងសប្តាហ៍មុន ។
សូមឆ្លើយនូវអ្វីដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងសប្តាហ៍ចុងក្រោយ ។

នៅក្នុងសប្តាហ៍មុនខ្ញុំគឺ (មានអារម្មណ៍)

- ① កំរ (តិចជាងម្តងក្នុង១សប្តាហ៍)
- ② ពេលខ្លះ (១-២ថ្ងៃ ក្នុង១សប្តាហ៍)
- ③ រៀបរយ (៣-៤ថ្ងៃក្នុង១សប្តាហ៍)
- ④ ស្ទើររាល់ថ្ងៃ (លើសពី៥ថ្ងៃក្នុង ១សប្តាហ៍)

១. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាពុញ ទ្រាន់ និងរំខានដោយអ្វីៗដែលមិនដែលមានពីមុន ។	①	②	③	④
២. ខ្ញុំបាត់បង់ចំណង់អាហារ	①	②	③	④
៣. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍មិនសប្បាយចិត្ត ទោះបីជាមានអ្នកដទៃជួយខ្ញុំក៏ដោយ ។	①	②	③	④
៤. ខ្ញុំមិនអាចផ្ដោតអារម្មណ៍លើការងារខ្ញុំបាន ។	①	②	③	④
៥. ខ្ញុំបានចំណាយពេលយ៉ាងល្អ ។	①	②	③	④
៦. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍មិនសប្បាយចិត្ត ។	①	②	③	④
៧. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាអ្វីៗមានការលំបាក ។	①	②	③	④
៨. ខ្ញុំបានមានអារម្មណ៍ថាអនាគតរបស់ខ្ញុំមានភាពងងឹត ។	①	②	③	④
៩. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាបរាជ័យពេញមួយជីវិត ។	①	②	③	④
១០. ខ្ញុំគិតថាខ្ញុំមានសមត្ថភាពដូចអ្នកដទៃអញ្ចឹង ។	①	②	③	④
១១. ខ្ញុំមិនអាចគេង ឬមានការលំបាកក្នុងការគេង ។	①	②	③	④
១២. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាភ័យខ្លាច ។	①	②	③	④
១៣. ខ្ញុំមិនមានអារម្មណ៍ចង់និយាយដូច កាលពីមុន ។	①	②	③	④
១៤. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាឯកោ ហាក់ដូចត្រូវបានគេបោះបង់ចោល ។	①	②	③	④
១៥. ខ្ញុំបានរស់នៅដោយមិនមានការអ្វីទាំងអស់ ។	①	②	③	④
១៦. ខ្ញុំបានមានអារម្មណ៍ថាមនុស្សគ្រប់គ្នាមិនមានការរាក់ទាក់ចំពោះខ្ញុំ ។	①	②	③	④
១៧. ខ្ញុំយំ ឬមានអារម្មណ៍ចង់តែយំ ។	①	②	③	④
១៨. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាហាក់ដូចជាខ្ញុំខូចចិត្ត ។	①	②	③	④
១៩. ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ថាអ្នកគ្រប់គ្នាស្អប់ខ្ញុំ ។	①	②	③	④
២០. ខ្ញុំមិនមានទំនុកចិត្តក្នុងអ្វីឡើយ ។	①	②	③	④

* ពិន្ទុ: ① (០ ពិន្ទុ), ② (១ពិន្ទុ), ③ (២ ពិន្ទុ) ④ (៣ ពិន្ទុ) / សរុប ៦០ពិន្ទុ
(លើកលែងសំណួរ ទី ៥ ១០ ១៥ ដែលមានពិន្ទុផ្ទុយលំដាប់)

របាយការណ៍ផ្នែកព្រះដំរីតប្រមលសម្រាប់អាយុ ៦៦ឆ្នាំ

សូមធ្វើការឆ្លើយសំណួរ ខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្លួន ដោយគូសក្នុងប្រអប់ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។

១. តើលោកអ្នកពេញចិត្តនឹងជីវិតរបស់លោកអ្នកស្ទើរគ្រប់ពេលមែនទេ?	មែន	ទេ
២. តើលោកអ្នកបានក្លាយជាអសកម្មជាងមុនមែនទេ?	មែន	ទេ
៣. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាលោកអ្នកមិនបានរស់នៅ ដូចដែលបានគ្រោង ទុកមែនទេ?	មែន	ទេ
៤. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាជីវិតរបស់លោកអ្នកមានភាពពុញទ្រាន់ មែនទេ?	មែន	ទេ
៥. លោកអ្នកមានអារម្មណ៍ស្រស់ថ្លាពេញថ្ងៃមែនទេ?	មែន	ទេ
៦. លោកអ្នកមានអារម្មណ៍រសាប់រសល់ អំពីអនាគតរបស់លោកអ្នកមែនទេ?	មែន	ទេ
៧. តើលោកអ្នកតែងតែមានអារម្មណ៍រីករាយមែនទេ?	មែន	ទេ
៨. តើលោកអ្នកមានពេលខ្លះមានអារម្មណ៍សោកសង្រេងមែនទេ?	មែន	ទេ
៩. តើលោកអ្នកចង់តែនៅក្នុងផ្ទះ ហើយមិនចង់ចេញទៅក្រៅមែនទេ?	មែន	ទេ
១០. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាការចងចាំរបស់លោកអ្នក មានភាពអន់ដាងអ្នកដែលមានអាយុស្របាលលោកអ្នកមែនទេ?	មែន	ទេ
១១. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថារីករាយណាស់ដែលនៅមានជីវិតរស់នៅមែនទេ?	មែន	ទេ
១២. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាលោកអ្នកជាមនុស្សមិនបានការមែនទេ?	មែន	ទេ
១៣. តើលោកអ្នកមានថាមពល ពេញលេញមែនទេ?	មែន	ទេ
១៤. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាលោកអ្នកមិនមានក្តីសង្ឃឹមបន្តិចសោះមែនទេ?	មែន	ទេ
១៥. តើលោកអ្នកគិតថាជីវិតរបស់លោកអ្នកមិនល្អដូចអ្នកដទៃមែនទេ?	មែន	ទេ
សរុប(សរសេរដោយគ្រូពេទ្យពិនិត្យ)		
ពិន្ទុសរុប(សរសេរដោយគ្រូពេទ្យពិនិត្យ)		

※ ពិន្ទុ: មែន (១ ពិន្ទុ), ទេ ០ ពិន្ទុ / សរុប ៦០ ពិន្ទុ
 (លើកលែងសំណួរ ទី ១ ៥ ៧ ១១ ១៣ ដែលមានពិន្ទុផ្ទុយលំដាប់)

របាយការណ៍ស្ថានភាពចងចាំសម្រាប់អាយុ ៦៦ ៧០ ៧៤ឆ្នាំ

នេះជាសំណួរ រសំភាសន៍អំពីបញ្ហានៃការចងចាំរបស់លោកអ្នក ។ សូមធ្វើការបំពេញសំណួរ ខាងក្រោមអំពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក កាលពីឆ្នាំមុន ដោយគូស√ នៅក្នុងប្រអប់សមរម្យ ។ (ពាក្យនេះ ត្រូវតែត្រូវបានបំពេញដោយអាណាព្យាបាល បើសិនជាសាមីជនមិនអាចធ្វើបាន)

សំណួរសំភាសន៍ភាពវិកលចរិតកូដ- C	ទេ (០ ពិន្ទុ)	ពេលខ្លះ (១ ពិន្ទុ)	ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ (២ ពិន្ទុ)
១. ខ្ញុំ(គាត់) មិនដឹងថាថ្ងៃនេះជាថ្ងៃអ្វីទេ ។			
២. ខ្ញុំ(គាត់)មិនអាចរកឃើញរបស់ខ្លួនឯង ។			
៣. ខ្ញុំ(គាត់)សួរសំណួរ ដដែលៗម្តងហើយម្តងទៀត ។			
៤. ខ្ញុំ(គាត់)ភ្លេចការណាត់ជួប ។			
៥. ខ្ញុំ(គាត់)បានដាក់របស់ ហើយមិនអាចរកឃើញកន្លែងដែលខ្លួនបានដាក់របស់នោះ ។			
៦. ខ្ញុំ(គាត់)នឹកមិនឃើញឈ្មោះរបស់មនុស្ស ឬរបស់ផ្សេងៗ និងមានការលំបាកក្នុងការនិយាយឈ្មោះនោះ។			
៧. ខ្ញុំ(គាត់)មិនយល់ពីការសន្ទនា ហើយសួរគេអំពីការសន្ទនាម្តងហើយ ម្តងទៀត ។			
៨. ខ្ញុំ(គាត់)បានរង្វេងពាក់កណ្តាលផ្លូវ ។			
៩. ខ្ញុំបានបាត់បង់សមត្ថភាពក្នុងការគណនាជាងឆ្នាំមុន ។ (ឧទាហរណ៍៖ ខ្ញុំអាចគណនាតម្លៃ) ។			
១០. បុគ្គលិកលក្ខណៈរបស់ខ្ញុំ(គាត់)បានប្រែប្រួលយ៉ាងច្រើន ។			
១១. ខ្ញុំ(គាត់)បាត់បង់សមត្ថភាពប្រើប្រាស់គ្រឿងម៉ាស៊ីន។(ម៉ាស៊ីនបោកខោអាវ សំភារៈអគ្គិសនី, ប្រដាប់កាត់ស្មៅ)			
១២. ខ្ញុំ(គាត់)មិនអាចចំណាំរបស់ដែលនៅជុំវិញផ្ទះ ។			
១៣. ខ្ញុំ(គាត់) មិនអាចរើសសម្លៀក បំពាក់បានត្រឹមត្រូវតាមពិធី ។			
១៤. ខ្ញុំ(គាត់)មិនទៅដល់គោលដៅរបស់គាត់ដោយប្រើមធ្យោបាយសាធារណៈឡើយ ។ (លើកលែងតែករណីដែលគាត់មានបញ្ហារាងកាយដូចជា រលាកក្បាលជង្គង់) ។			
១៥. ខ្ញុំ(គាត់)មិនចង់ផ្លាស់ប្តូរសម្លៀក បំពាក់ ទោះបីជាកខ្វក់ ។			
ពិន្ទុ	/ ៣០		