

ទម្រង់ បែបបទ ចុះ ឈ្មោះ អ្នកជំងឺ



សូមស្វាគមន៍! យើងរីករាយដែលបានធ្វើជាដៃគូថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងប្រមូលព័ត៌មានខាងក្រោម ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ និងការសិក្សាចំនួនប្តូរជាជនគ្រប់ជាតិសាសន៍			កាលបរិច្ឆេទចុងនៃ៖	___ / ___ / ___
គូរកូល	នាម	ឈ្មោះកណ្តាល	គូរកូលពីមុន	
លេខសង្កាត់សង្កាត់		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត __ / __ / __	ភេទស្រូវប្រាប់ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្តី <input type="checkbox"/> មិនមែនប្រុសឬស្តី	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន			អាជ្ញាធរ	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខហត្ថលេខា		
ទូរស័ព្ទផ្ទះលេខច្រើនប្តូរ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/>		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">←</div> <p>យើងនឹងប្តូរលេខនេះសម្រាប់ការទាក់ទង និងការរំលឹកការណាត់ជួប</p> </div>		
ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទទីពីរ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/>		អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល		
អត្តសញ្ញាណកម្ម	<input type="checkbox"/> ស្តី <input type="checkbox"/> បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> ជួសជុលទៀត <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ <input type="checkbox"/> នាតិកា <input type="checkbox"/> មិនមែនប្រុសឬស្តី / មិនមែនសុរាលញ្ញកម្រិតខ្ពស់			
ភេទដែលបានកំណត់ពីកំណើត	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្តី <input type="checkbox"/> ជួសជុលទៀត: _____ <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ			
ទំនារផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> ផ្តល់ភារកិច្ច <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> បុគ្គលិក <input type="checkbox"/> ស្តី <input type="checkbox"/> សុរាលញ្ញកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/> សុរាលញ្ញកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/> មនុស្សស្នាក់នៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> មិនមែនសុរាលញ្ញកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/> សុរាលញ្ញកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/> ផ្តល់ភារកិច្ច <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ			
សព្វវិន័យ	<input type="checkbox"/> គាត់ អ្នកនាង របស់នាង <input type="checkbox"/> ពួកគេ ពួកគាត់ របស់ពួកគាត់ <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ <input type="checkbox"/> គាត់ លោក របស់គាត់ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះអ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ផ្តល់ភារកិច្ច _____			
តើអ្នកជាជនជាតិអស្មេហ្វិក ឬឡាទីណូ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ជនជាតិអស្មេហ្វិក ឬឡាទីណូ <input type="checkbox"/> មិនមែន ជនជាតិអស្មេហ្វិក ឬឡាទីណូ <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ			
តើអ្វីទៅជាពូជសាសន៍ ឬបុព្វតិក្ខុសាររបស់អ្នក?	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកាំងឥណ្ឌា <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកាំងស្រីប្រទេស/អាហ្វ្រិកអាមេរិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ <input type="checkbox"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ស្រីប្រកែស <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ			
តើអ្នកចូលរួមជាមួយសហគមន៍អ្នកជំងឺ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ			
<p>ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកជំងឺ សូមសរសេរឈ្មោះដែលអាចទំនាក់ទំនងបាននៅពេលមានការបន្តទាន។ យើងនឹងទាក់ទងបុគ្គលនេះ ប្រសិនបើយើងមិនអាចទាក់ទងអ្នកបាន ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនកែលម្អព័ត៌មានសុខភាពទេ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអ្នកជំងឺដែលមានអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ សូមសរសេរឈ្មោះអាណាព្យាបាលសុំប្រាប់។</p>	គូរកូល	នាម		
	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទកម្រិតខ្ពស់ <input type="checkbox"/> _____		
	អាសយដ្ឋាន	អាជ្ញាធរ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត __ / __ / __	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខហត្ថលេខា		
តើបុគ្គលនេះត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យយកមកទាក់ទងជាមួយផ្ទាល់មាត់ * ជាមួយកុមារថែទាំសុខភាពជំងឺអ្នកជំងឺលើប្រទេស (តើពួកគេពាក់ព័ន្ធក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកកំណត់ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអាណាព្យាបាលសុំប្រាប់របស់អ្នកជំងឺលើប្រទេស)?				<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ
* មិនរាប់បញ្ចូលសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តខ្លួនឯង				

ទម្រង់ បែបបទ ចុះឈ្មោះ ម៉ាស៊ីន អ្នកជំងឺ



បន្តពីផ្នែកខាងទៀត។

តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារ អ្នកធ្វើការឲ្យមន្ទីរពេទ្យ ឬស្ថាប័នសុខភាព ដទៃទៀត?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្វីជាស្ថានភាពការងាររបស់អ្នក?	<input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> កូនកម្រង <input type="checkbox"/> ការងារខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ក្នុងម៉ោង <input type="checkbox"/> មិនមានការងារ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> តាមរដូវកាល <input type="checkbox"/> កំពុងបរិយាយ <input type="checkbox"/> សសស
តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្តនិយាយ?	
តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ
ការចុះឈ្មោះ ម៉ែឆោត	តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះសម្រាប់ ម៉ែឆោត ដើម្បីទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព ឬសេវាផ្សេងៗទៀត ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬសេវាផ្សេងៗទៀត ដោយមានថ្លៃទាបជាងមុន? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ

សំណួរបន្ថែម (ចម្លើយសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬបុរសសិប្បិករអ្នកជំងឺជាអនីតិជន សូមឆ្លើយពីអាណាព្យាបាលសរុបចុះហាប្រាប់)

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ	
សូមរាយព័ត៌មានអំពីការចេញសងរបស់ធានារ៉ាប់រង	ឈ្មោះរបស់បណ្តាធានារ៉ាប់រង	ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមមានបុរសសិប្បិករ
	លេខនៃការកម្រៃ	លេខសម្គាល់របស់សមាជិក #
	អ្នកចុះឈ្មោះ / ឈ្មោះអ្នកកាន់ប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង	ថ្ងៃខែឆ្នាំនាំកំណើតរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ
តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍លើកម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃសីសងទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ដើម្បីយើងមានដល់ឬទេ?	យើងផ្តល់ជូននូវការបញ្ចុះតម្លៃសីសងទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក បុរសសិប្បិករអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព អ្នកជំងឺទាំងអស់អាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីសីសងនេះបាន។ សីសងទទួលបានកម្មវិធីនេះ និងថ្ងៃដែលត្រូវបង់ត្រូវតែជាអតិថិជនសម្រាប់គ្រួសារ និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងការដាក់ពាក្យ ត្រូវអ្នកចង់ជួបជាមួយអ្នកជំនាញផ្តល់សេវាសីសងទទួលបានកម្មវិធីរបស់យើងដល់ឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សំណួរបន្ថែម (ចម្លើយសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬបុរសសិប្បិករអ្នកជំងឺជាអនីតិជន សូមឆ្លើយពីអាណាព្យាបាលសរុបចុះហាប្រាប់)

ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ ឬប្រចាំខែ	តើអ្វីជាប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំឆ្នាំ (រាប់ឆ្នាំ) នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក?	ដុល្លារ	បុរសសិប្បិករឬស្រ្តីសិប្បិករ តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នកមានប៉ុន្មាន?	ដុល្លារ
ចំនួនសមាជិកសរុបនៅក្នុងគ្រួសារ	ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលបានការណែនាំរបស់បណ្តាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក			
តើអ្នកមានជំងឺ ឬស្ថានភាព ក្នុងជម្ងឺរបស់អ្នក ឬស្ថានភាព ក្នុងជម្ងឺរបស់អ្នក ដទៃទៀត?	<input type="checkbox"/> ហានិភ័យនៃការមានជំងឺសម្រាប់អ្នក <input type="checkbox"/> ក្រុមស្ថិតិក្នុងហានិភ័យនៃការមានជំងឺសម្រាប់អ្នក <input type="checkbox"/> ប្តី/ប្រពន្ធមិនមែនជាជនអនាថាទេ ប៉ុន្តែក្រុមនេះ ពេល ១២ ខែមុននេះគឺជាជនអនាថា។ <input type="checkbox"/> ជាជនអនាថា ដដែលមិនស្គាល់ទីផ្សារបណ្តាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក <input type="checkbox"/> កំពុងរស់នៅក្នុងក្រុមគ្រួសារដែលស្ថិតនៅបណ្តាធានារ៉ាប់រង <input type="checkbox"/> កំពុងរស់នៅជាមួយអ្នកដទៃ <input type="checkbox"/> មិនមែនគ្រួសារសម្រាប់អ្នក <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋានគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ <input type="checkbox"/> សណ្ឋាគារ <input type="checkbox"/> ផ្ទះបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> អ្នកត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមាន ដល់មានហានិភ័យចំពោះភាពមានជំងឺសម្រាប់អ្នក			
ស្ថានភាពការងារចំណាកស្រុក/តាមរដូវ	នៅចំណុចណាមួយក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំចុងក្រោយនេះ តើការងារអ្វីដែលអ្នកធ្វើ ឬចំណាកស្រុកធ្វើការស្រុកមួយ គឺជាប្រភពចំណូលចម្បងរបស់គ្រួសារអ្នកឬទេ?			<input type="checkbox"/> គ្រួសារការងារធ្វើកសិកម្ម <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ការងារកសិកម្មចំណាកស្រុក <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស ការងារកសិកម្មតាមរដូវ
តើអ្នកស្គាល់ អំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬស្ថានភាព ឬស្ថានភាព (សូមគូសក្រណាត់ទាំងអស់ ដែលត្រូវនិងអ្នក)	<input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ ឬគ្រូគ្រូស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យ ឬគ្រូគ្រូស្រាវជ្រាវ ដែលមិនមែនជាគ្រូគ្រូស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ក្រុម ឬក្រុមមិត្តភក្តិសហគមន៍ផ្សេងទៀត។ <input type="checkbox"/> ការផ្តល់សេវាដល់ជនមិនមែន (ផ្តល់សេវា ឬសេវាផ្សេងៗ) <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រង <input type="checkbox"/> ទីតាំងងាយស្រួល/នៅជិតផ្ទះ <input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធផ្តល់សេវាផ្តល់សេវា (ហ្វែស៊ីប៊ិក ផ្លូវថ្នល់ អ៊ីនធឺណិត) <input type="checkbox"/> សាលារៀន <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ (ហ្វែស៊ីប៊ិក ផ្លូវថ្នល់ អ៊ីនធឺណិត) <input type="checkbox"/> ផ្តល់សេវា			