

ទម្រង់ បែបបទ ចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺ

PATIENT REGISTRATION FORM



សូមស្វាគមន៍! យើងរីករាយដែលបានធ្វើជាដៃគូថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងប្រមូលព័ត៌មានខាងក្រោម ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត។

ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ និងការសិក្សាសាច់នូវប្រជាជនគ្រប់ជាតិសាសន៍			កាលបរិច្ឆេទចុងនៃនេះ: _____ / _____ / _____	
ត្រកូល	នាម	ឈ្មោះកណ្តាល	ត្រកូលពីមុន	
លេខសង្កាត់សង្កាត់	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ____ / ____ / ____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ		ការទទួលបានប្រាក់ <input type="checkbox"/> បុរស <input type="checkbox"/> មិនមែនបុរសឬស្ត្រី <input type="checkbox"/> ស្ត្រី <input type="checkbox"/> X	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន			អាជ្ញាធរ	
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្វីលីប្រូត		
ទូរស័ព្ទដល់ចូលចិត្តប្តី <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដល់ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទៅកន្លែងធ្វើការ _____ - _____ - _____			យើងនឹងប្តូរលេខនេះសម្រាប់ការទាក់ទង និងការលើកកម្ពស់ជួប	
ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទៅកន្លែងធ្វើការ _____ - _____ - _____				
អត្តសញ្ញាណកម្ម	<input type="checkbox"/> កូនស្រី <input type="checkbox"/> កូនបុរស <input type="checkbox"/> មិនប្រាកដ <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឈ្មោះ: _____ <input type="checkbox"/> ប្តីប្រុសទៅស្ត្រី <input type="checkbox"/> ប្តីប្រុសទៅប្តី <input type="checkbox"/> មិនមែនស្ត្រីឬមិនមែនបុរស <input type="checkbox"/> មិនមែនស្ត្រីឬបុរស <input type="checkbox"/> មិនមែនស្ត្រីឬបុរស <input type="checkbox"/> មិនមែនស្ត្រីឬបុរស			
ភេទដែលបានកំណត់ពីកំណើត	<input type="checkbox"/> បុរស <input type="checkbox"/> ស្ត្រី <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឈ្មោះ: _____ <input type="checkbox"/> សូមជ្រើសរើសមិនបង្កហានិភ័យ			
ទំនាញផ្លូវភេទ	<input type="checkbox"/> ផ្តល់ភេទ <input type="checkbox"/> ទូរភេទ <input type="checkbox"/> បុរសស្រឡាញ់បុរស <input type="checkbox"/> ស្ត្រីស្រឡាញ់ស្ត្រី <input type="checkbox"/> ស្រឡាញ់គ្រប់ភេទ <input type="checkbox"/> មនុស្សស្រឡាញ់គ្នា <input type="checkbox"/> មិនមែនស្រឡាញ់ភេទដុំខ្លួនគ្នា <input type="checkbox"/> ស្រឡាញ់ភេទដុំខ្លួនគ្នា <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឈ្មោះ: _____			
សព្វវន្ត	<input type="checkbox"/> គាត់ អ្នកនាង របស់នាង <input type="checkbox"/> ពួកគេ ពួកគាត់ របស់ពួកគាត់ <input type="checkbox"/> សូមរើសមិនបង្កហានិភ័យ <input type="checkbox"/> គាត់ លាក់ របស់គាត់ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះអ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឈ្មោះ: _____			
តើជាតិសាសន៍របស់អ្នកជាអ្វី?	<input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិកស៊ិក អាយុមិកស៊ិក ឈឺកណ្តាល/អរ <input type="checkbox"/> មិននិយាយភាសាអស្ត្រាលី ឬឡាទីណូ/អរ <input type="checkbox"/> ព័រតូរិក <input type="checkbox"/> ភាសាអស្ត្រាលីផ្សេងទៀត ភាសាអស្ត្រាលី ឡាទីណូ/អរ ឬភាសាអស្ត្រាលីកំណើត <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឈ្មោះមិនបង្កហានិភ័យ			
តើអ្វីទៅជាពូជសាសន៍ ឬប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នក? សូមគូសទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក។	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌូ <input type="checkbox"/> អាស៊ីឥណ្ឌូ <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកស្តាំខ្នង/អាហ្វ្រិកអាមេរិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិចិន <input type="checkbox"/> ជនជាតិជប៉ុន <input type="checkbox"/> ជនជាតិកូរ៉េ <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្តាំខ្នង <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្តាំខ្នង <input type="checkbox"/> ជនជាតិជប៉ុន <input type="checkbox"/> ជនជាតិជប៉ុន <input type="checkbox"/> អាស៊ីផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> កោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> ស្តាំខ្នង <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឈ្មោះ: _____			
តើអ្នករស់នៅជាមួយ ពិការភាពដល់ប្តី/ភរិយា?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ			
ប្តី/ភរិយារបស់អ្នក មានមើលទាំងអស់ដែលមាន:	<input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងទំនាក់ទំនង <input type="checkbox"/> ពិការភាពក្នុងការសិក្សា <input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងការធ្វើចលនា <input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងទំនាក់ទំនងសង្គម <input type="checkbox"/> ពិការភាពសុខភាពផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងការស្តាប់ <input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងកូនកែ <input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងការគិត <input type="checkbox"/> ពិការភាពខាងការចងចាំ			
តើ អ្នក បាន ប្តី កូន ជួរទាហានរដ្ឋ កង កម្មលាំង ប្តី រដ្ឋ ឬ សកម្មមិនចំណុះ ទឹក ផ្តល់ធានា និងផ្តល់អាកាស របស់ សហរដ្ឋ អាមេរិក ដល់ប្តី/ភរិយា?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ			
ប្តី/ភរិយារបស់អ្នកជាអ្នកជំងឺ សូមសរសេរ ឈ្មោះដល់អាចទំនាក់ទំនងបាន នៅពេលមានការបន្តទាន។ យើងនឹង ទាក់ទងបុគ្គលនេះ ប្តី/ភរិយារបស់អ្នក អាចទាក់ទងអ្នកបាន ប៉ុន្តែយើងនឹង មិនចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពទេ។ ប្តី/ភរិយារបស់អ្នកជំងឺជាអ្នកជំងឺដែល មានអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ សូមសរសេរ ឈ្មោះអាណាព្យាបាលសរុបប្រាប់។	ត្រកូល	នាម		
	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ	ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទៅផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដល់ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទៅកន្លែងធ្វើការ _____ - _____ - _____		
	អាសយដ្ឋាន	អាជ្ញាធរ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ____ / ____ / ____ ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	
	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខហ្វីលីប្រូត	

ទម្រង់ បបែបទចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺ

PATIENT REGISTRATION FORM



បន្តពីផ្នែកខាងទៀត។

	<p>តើបុគ្គលនេះត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យយកមកដោយឥតគិតថ្លៃទេ? ជាមួយក្រុមចំណុះសុខភាពជំនួសឱ្យអ្នកដទៃ (តើពួកគេពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀតទៅសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគិតណាងថាទៅសុខភាពរបស់អ្នក ឬអាណាព្យាបាលសរុបរបស់អ្នកដទៃ) ?</p> <p>* មិនរាប់បញ្ចូលសេវាកម្មការសម្ងាត់ទាំងឡាយ</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ
<p>តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារ អ្នកធ្លាក់ការឆ្ងល់មួយនូវចំណុចសុខភាព នេះឬយ៉ាងណា?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ	
<p>តើអ្វីជាស្ថានភាពការងាររបស់អ្នក ?</p>	<input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្លែងក្រាម <input type="checkbox"/> ការងារខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ក្រវ៉ាម៉ាង <input type="checkbox"/> មិនមានការងារ <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> តាមរដូវកាល <input type="checkbox"/> កំពុងបរិយាធ្នោ <input type="checkbox"/> សិស្ស	
<p>តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្តនិយាយ ?</p>		
<p>តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដទៃទៀត ?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ	
<p>ការចុះឈ្មោះ ម៉ែតែត</p>	<p>តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះសម្រាប់ ម៉ែតែត ដល់នឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការចូលបរិយាកាសលើទូរស័ព្ទឯកជននៃការពិនិត្យយល់ដឹង ទាំងឡាយរបស់អ្នក និងការទំនាក់ទំនងតាមអ៊ីមែល ឬតាមទូរស័ព្ទដទៃទៀតទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវរបស់អ្នក?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ

សំណួរបន្ថែម (ចម្លើយសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬបុរសិសប្រិអ្នកជំងឺជាអនីតិជន សូមឆ្លើយពីអាណាព្យាបាលសរុបចុះហាប្រាប់)

<p>តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងទេ ?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ	
<p>សូមរាយព័ត៌មានអំពីការចេញសងរបស់ធានារ៉ាប់រង</p>	<p>ឈ្មោះរបស់បំណុលធានារ៉ាប់រង</p>	<p>ចុងដៃលេខប័ណ្ណធានារ៉ាប់រង</p>
	<p>លេខនៃការកុម្ម</p>	<p>លេខសម្គាល់របស់សមាជិក #</p>
	<p>អ្នកចុះឈ្មោះ /ឈ្មោះអ្នកកាន់បំណុលធានារ៉ាប់រង</p>	<p>ចុងខែនៃការកំណត់របស់អ្នកចុះឈ្មោះ</p>
<p>តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍លើកម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃសេវាសុខភាពសម្រាប់អ្នក ដល់យើងមានដទៃទៀត ?</p>	<p>យើងផ្តល់ជូននូវការបញ្ចុះតម្លៃសេវាសុខភាពសម្រាប់អ្នក ឬសិសប្រិអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព។ អ្នកជំងឺទាំងអស់អាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីទាំងនេះបាន។ សិសប្រិអ្នកចូលបានកម្មវិធីនេះ និងថ្លៃដែលត្រូវបង់ត្រូវបានគេគិតថ្លៃទាបជាងមុន និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងការដាក់ពាក្យ តម្រូវឱ្យអ្នកជំងឺទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំនាញផ្តល់ព័ត៌មានផ្តល់សេវាសុខភាពសម្រាប់អ្នកជំងឺ។</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សំណួរបន្ថែម (ចម្លើយសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬបុរសិសប្រិអ្នកជំងឺជាអនីតិជន សូមឆ្លើយពីអាណាព្យាបាលសរុបចុះហាប្រាប់)

<p>ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ ឬប្រចាំខែ</p>	<p>តើអ្វីជាប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំឆ្នាំ (រាល់ឆ្នាំ) នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ?</p>	<p>ដុល្លារ</p>	<p>ប្រសិនបើវាខុសពីការប្រកាស តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នកមានប៉ុន្មាន ?</p>	<p>ដុល្លារ</p>
<p>ចំនួនសមាជិកគ្រួសារនៅក្នុងគ្រួសារ</p>	<p>ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលបានរាយការណ៍លើការបង់ពន្ធនៃប្រាក់ចំណូលរបស់សហព័ន្ធនេះ</p>			
<p>សុខភាពការសុខភាព</p>	<input type="checkbox"/> មិនមែនមានផ្ទះសម្រង់ <input type="checkbox"/> កំពុងស្វែងរកផ្ទះសម្រង់ <input type="checkbox"/> សណ្តាប់ធ្នា <input type="checkbox"/> បច្ចុប្បន្នមិនមែនមានផ្ទះទេ ប៉ុន្តែនៅក្នុងរយៈពេល ១២ ខែមុននេះគឺមានផ្ទះនៅ។ <input type="checkbox"/> កំពុងរស់នៅក្នុងកន្លែងស្នាក់នៅបណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> ផ្តល់ជំនួយ, សុព្វាស, យានជំនិះ <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋានគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ <input type="checkbox"/> កំពុងស្វែងរកផ្ទះស្នាក់នៅដ្ឋានអនុគ្រោះ <input type="checkbox"/> គ្មានផ្ទះសម្រង់ អត់ដឹងទីដំបូរនៅទីណា			
<p>សុខភាពកម្មករតាមរដូវកាល ឬ កម្មករចំណែកស្រុក</p>	<p>តើនៅក្នុងរយៈពេល ពីរឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ប្រាក់ចំណូលសំខាន់របស់អ្នក ឬរបស់គ្រួសារអ្នកបានមកពីការងារស្នាក់នៅតាមរដូវកាល ឬជាការងារស្នាក់នៅចំណែកស្រុកដទៃទៀត ?</p>			<input type="checkbox"/> គ្មានការងារស្នាក់នៅ <input type="checkbox"/> ចាស/ហេ គឺជាការងារស្នាក់នៅចំណែកស្រុក <input type="checkbox"/> ចាស/ហេ គឺជាការងារស្នាក់នៅតាមរដូវកាល