

ទម្រង់ បែបបទ ចុះឈ្មោះ អ្នកជំងឺ

PATIENT REGISTRATION FORM



សូមស្វាគមន៍! យើងរីករាយដែលបានធ្វើជាដៃគូថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងប្រមូលព័ត៌មានខាងក្រោម ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត។

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវជាជនគ្រប់ជាតិសាសន៍ | | | កាលបរិច្ឆេទចុងនៃ៖ | ___ / ___ / ___ | |
| ត្រកូល | នាម | ឈ្មោះកណ្តាល | ត្រកូលពីមុន | ឈ្មោះដែលចូលចិត្តតុច្ចយគហៅ | |
| លេខសង្កាត់សង្កាត់ | | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | ភេទស្របច្បាប់ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្ត្រី <input type="checkbox"/> មិនមែនប្រុសឬស្ត្រី | | |
| អាសយដ្ឋានប្រចាំថ្ងៃ | | | អាជ្ញាធរ | | |
| ទីក្រុង | រដ្ឋ | លេខហត្ថលេខា | | | |
| ទូរស័ព្ទដែលចូលចិត្តប្តី <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទកន្លងផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> | | យើងនឹងប្តូរលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ការទាក់ទង និងការរំលឹកការណាត់ជួប | | | |
| ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទទីពីរ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទកន្លងផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> | | | | | |
| អត្តសញ្ញាណកម្ម | <input type="checkbox"/> ស្ត្រី <input type="checkbox"/> បុត្រភេទពីបុរសទៅស្ត្រី <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឱ្យ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> បុត្រភេទពីស្ត្រីទៅប្រុស <input type="checkbox"/> សូមផ្លូវសីលធម៌បង្កាញ <input type="checkbox"/> នៅតែមិនប្រាកដ <input type="checkbox"/> មិនមែនប្រុសឬស្ត្រី/ មិនមែនស្រីឬស្ត្រីក្នុងទម្រង់ធម្មតា | | | | |
| ភេទដែលបានកំណត់ពីកំណើត | <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្ត្រី <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឱ្យ៖ _____ <input type="checkbox"/> សូមផ្លូវសីលធម៌បង្កាញ | | | | |
| ទំនារផ្សេងៗ | <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឱ្យភេទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ប្រុសស្រីលាញ់ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្ត្រីស្រីលាញ់ស្ត្រី <input type="checkbox"/> ស្រីលាញ់គ្រប់ភេទ <input type="checkbox"/> មនុស្សស្រីភេទផ្សេងគ្នា <input type="checkbox"/> មិនមែនស្រីលាញ់ភេទផ្សេងគ្នា <input type="checkbox"/> ស្រីលាញ់ភេទផ្សេងគ្នា <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឱ្យ <input type="checkbox"/> សូមផ្លូវសីលធម៌បង្កាញ | | | | |
| សព្វវិន័យ | <input type="checkbox"/> គាត់ អ្នកនាង របស់នាង <input type="checkbox"/> ពួកគេ ពួកគាត់ របស់ពួកគាត់ <input type="checkbox"/> សូមផ្លូវសីលធម៌បង្កាញ <input type="checkbox"/> គាត់ លាភ របស់គាត់ <input type="checkbox"/> ឈ្មោះអ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ផ្តល់ឱ្យ _____ | | | | |
| តើជាតិសាសន៍របស់អ្នកជាអ្វី? | <input type="checkbox"/> គ្រិស្ត <input type="checkbox"/> មិកស៊ិក អាមេរិកមិកស៊ិក ឈឺកាណូ/អរ <input type="checkbox"/> មិននិយាយភាសាអស្ត្រាលី ឬឡាទីណូ/អរ <input type="checkbox"/> ព័រតូកា <input type="checkbox"/> ភាសាអស្ត្រាលីផ្សេងទៀត ភាសាអស្ត្រាលី ឡាទីណូ/អរ ឬភាសាអស្ត្រាលីកំណើត <input type="checkbox"/> ផ្លូវសីលធម៌បង្កាញ | | | | |
| តើអ្វីទៅជាពូជសាសន៍ ឬប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នក? សូមគូសទាំងអស់ដែលត្រូវនឹងអ្នក។ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាណានិគម <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌូ <input type="checkbox"/> អាស៊ីឥណ្ឌូ <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកស្នប់កែខ្មៅ/អាហ្សិកអាមេរិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិចិន <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ជនជាតិហ្វីលីពីន ឬបាមីល <input type="checkbox"/> ជនជាតិជប៉ុន <input type="checkbox"/> ជនជាតិកូរ៉េ <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> ជនជាតិសាម៉ូ <input type="checkbox"/> ជនជាតិក្រិក <input type="checkbox"/> អាស៊ីផ្តល់ឱ្យ <input type="checkbox"/> កោះហាវ៉ៃផ្តល់ឱ្យ <input type="checkbox"/> ស្ត្រីស្រី <input type="checkbox"/> ផ្លូវសីលធម៌បង្កាញ | | | | |
| តើអ្នកធ្លាប់ប្តីជាទាហានរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកដល់ឬទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | តើអ្នកមានពិការភាពទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | |
| ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកជំងឺ សូមសរសេរឈ្មោះដែលអាចទំនាក់ទំនងបាននៃពេទ្យដែលបានបញ្ជូនទៅ យើងនឹងទាក់ទងបុគ្គលនេះ ប្រសិនបើយើងមិនអាចទាក់ទងអ្នកបាន ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពទេ។ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអ្នកជំងឺជនដល់មានអាយុក្រោម ១៨ ឆ្នាំ សូមសរសេរឈ្មោះអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់។ | ត្រកូល | នាម | | | |
| | ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ | ទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទទូរស័ព្ទកន្លងផ្សេងទៀត <input type="checkbox"/> | | | |
| | អាសយដ្ឋាន | អាជ្ញាធរ | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត | | |
| | ទីក្រុង | រដ្ឋ | លេខហត្ថលេខា | | |
| បុគ្គលនេះត្រូវបានគេបញ្ជាក់ឱ្យប្រកាសថាជាម្ចាស់ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ * ជាមួយក្រុមថែទាំសុខភាពជំនួសឱ្យអ្នកដល់ឬទេ (តើពួកគេពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកកំណត់ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នកដល់ឬទេ)? * មិនរាប់បញ្ចូលសមាជិកគ្រួសារសម្រាប់ទំនាក់ទំនងទេ | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ | |

ទម្រង់ បែបបទ ចុះឈ្មោះ ម៉ាត្រា អ្នកជំងឺ

PATIENT REGISTRATION FORM



បន្តពីផ្នែកខាងឡៅត។

| | | | |
|---|---|--|--|
| តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារ អ្នកធ្លាក់រាយមន្ត្រីថែទាំ សុខភាព នៃប្រយោជន៍ប្រទេស? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ | | |
| តើអ្វីជាស្ថានភាពការងាររបស់អ្នក? | <input type="checkbox"/> ពេញម៉ោង <input type="checkbox"/> ក្នុងម៉ោង <input type="checkbox"/> តាមរដូវកាល | <input type="checkbox"/> កូនកម្រង <input type="checkbox"/> មិនមានការងារ <input type="checkbox"/> កំពុងបរិយាយ | <input type="checkbox"/> ការងារខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> សសស |
| តើភាសាអ្វីដែលអ្នកចូលចិត្តនិយាយ? | | | |
| តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែដែលប្រទេស? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ | | |
| ការចុះឈ្មោះ ម៉ែត្រា | តើអ្នកចង់ចុះឈ្មោះសម្រាប់ ម៉ែត្រា ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការចូលប្រើអ៊ីនធឺណិតលើទូរស័ព្ទដៃនៃការពិនិត្យយោធន៍ ទាំងឡាយរបស់អ្នក និងការទំនាក់ទំនងតាមអ៊ីម៉ែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃទេ? | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ |
| សំណួរបន្ថែម (ចម្លើយសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអនីតិជន សូមឆ្លើយពីអាណាព្យាបាលសរុបចុះហាប័រ) | | | |
| តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងទេ? | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> អត់ទេ | | |
| សូមរាយព័ត៌មានអំពីការចេញសងរបស់ធានារ៉ាប់រង | ឈ្មោះរបស់បណ្តាធានារ៉ាប់រង | ថ្ងៃដែលចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធភាព | |
| | លេខនៃការកុម្ម | លេខសម្គាល់របស់សមាជិក # | |
| | អ្នកចុះឈ្មោះ / ឈ្មោះអ្នកកាន់បណ្តាធានារ៉ាប់រង | ថ្ងៃខែឆ្នាំនាំកំណើតរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ | |
| តើអ្នកចាប់អារម្មណ៍លើកម្មវិធីបញ្ចុះតម្លៃស៊ីសងទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ដែលយើងមានដល់ប្រទេស? | យើងផ្តល់ជូននូវការបញ្ចុះតម្លៃស៊ីសងទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព។ អ្នកជំងឺទាំងអស់អាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធីទាំងនេះបាន។ សំណុំទម្រង់ប្រើប្រាស់កម្មវិធីនេះ និងថ្ងៃដែលត្រូវបង់ត្រូវបានកំណត់អោយស្របគ្នា និងប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងការដាក់ពាក្យ ត្រូវអ្នកចង់ជួបជាមួយអ្នកជំនាញផ្ទះកែខាងផ្តល់សំណុំទម្រង់ប្រើប្រាស់កម្មវិធីរបស់យើងដែលប្រទេស? | | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |
| សំណួរបន្ថែម (ចម្លើយសម្រាប់អ្នកជំងឺ ឬប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអនីតិជន សូមឆ្លើយពីអាណាព្យាបាលសរុបចុះហាប័រ) | | | |
| ប្រាក់ចំណូលប្រចាំឆ្នាំ ឬប្រចាំខែ | តើអ្វីជាប្រាក់ចំណូលសរុបប្រចាំឆ្នាំ (រាប់ឆ្នាំ) នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក? | ដុល្លារ | ប្រសិនបើវាយស្រួលដើម្បីគណនា តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែរបស់គ្រួសារអ្នកមានប៉ុន្មាន? |
| ចំនួនសមាជិកគ្រួសារ | ចំនួនសមាជិកគ្រួសារដែលបានរាយការណ៍លើការបង់ពន្ធនៃប្រាក់ចំណូលរបស់សហព័ន្ធនេះ | | |
| ស្ថានភាពការសុភាព | <input type="checkbox"/> មិនមែនមានជំងឺសម្រង់ <input type="checkbox"/> បច្ចុប្បន្នមិនមែនមានជំងឺសម្រង់ ប៉ុន្តែក្នុងរយៈពេល ១២ ខែមុននេះគឺមានជំងឺសម្រង់ <input type="checkbox"/> លំនៅដ្ឋានគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ | <input type="checkbox"/> កំពុងសុភាពជាមួយអ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> កំពុងរស់នៅក្នុងកន្លែងសុភាពនៅបណ្តាខេត្ត <input type="checkbox"/> កំពុងសុភាពនៅក្នុងលំនៅដ្ឋានអនុគារ | <input type="checkbox"/> សណ្តាប់តា <input type="checkbox"/> ផ្តល់, ជំរុំ, សុពាន, យានជំនិះ <input type="checkbox"/> គ្មានជំងឺសម្រង់ អត់ដឹងទីជម្រកនៅទីណា |
| ស្ថានភាពកម្មវិធីតាមរដូវកាល ឬ កម្មវិធីចំណាកស្រុក | តើនៅក្នុងរយៈពេល ពីរឆ្នាំចុងក្រោយនេះ ប្រាក់ចំណូលសំខាន់របស់អ្នក ឬរបស់គ្រួសារអ្នកមាន មកពីការងារស្មុំដូងតាមរដូវកាល ឬជាស្មុំដូងចំណាកស្រុកដល់ប្រទេស? | | <input type="checkbox"/> គ្មានការងារស្មុំដូង <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស គឺជាការងារស្មុំដូងចំណាកស្រុក <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស គឺជាការងារស្មុំដូងតាមរដូវកាល |