



# ពាក្យតាមដានសុខភាព

## DTS Khmer Health Form

### ទំនាក់ទំនងព័ត៌មាន Contact Information

ឈ្មោះ First name

នាមត្រកូល Last name

ភេទ Gender

- ប្រុស Male
- ស្រី Female

តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដូចខាងក្រោមទេ? Have you ever had any of the following problems

- បញ្ហាស្បែក Skin Conditions
- បញ្ហាត្រចៀក ear problems
- បញ្ហាភ្នែក eye problems
- វះកាត់ផ្នែកក្បាល Head Injury
- ឈឺក្បាលរ៉ាំរ៉ៃ Chronic Headaches
- ជំងឺស្ទួនជាន់/ឆ្លុះឆ្លុះ Epilepsy
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត / ជំងឺសរសៃប្រសាទ Mental/Nervous Disorder
- ខ្វិន Paralysis
- គ្រុនក្តៅ Hay Fever
- គ្រុនក្តៅខ្លាំងក្បែរស្លាប់ Shortness of Breath
- ជំងឺឈាម រាត Asthma
- ជំងឺបេះដូង Heart disease
- ឈឺសន្លាក់ឆ្អឹង / ជំងឺរលាកសន្លាក់ Rheumatism / arthritis
- ឈឺចង្កេះ Gastrointestinal Conditions
- បញ្ហាក្រពះពោះវៀន Back Problems
- ជំងឺរូបេង Tuberculosis
- ជំងឺរលាកថ្លើម / ខ្លាញ់លឿង Hepatitis/Jaundice
- ទឹកនោមផ្អែម Diabetes
- បញ្ហាតម្រងនោម Kidney Condition
- ជំងឺដុះជុំសាច់/ជំងឺមហារីក Tumor/Cancer

មតិយោបល់ សូមប្រាប់យើងអំពីស្ថានភាពជំងឺដោយគូសសញ្ញានៅខាងលើ  
Comments (Explain any medical conditions you selected "YES" to above)

---

---

---

---

---

### សម្រាប់តែស្ត្រី FEMALES ONLY

មករដូវទៀងទាត់អត់ Irregular Periods

- បាទ
- អត់

ធ្លាក់ឈាមខុសពីធម្មតា Excessive Flow

- បាទ
- អត់

តើអ្នកកំពុងមានផ្ទៃពោះដែរឬអត់ បើមានសូមប្រាប់យើងថ្ងៃណាមករដូវចុងក្រោយហើងថ្ងៃកូនរបស់អ្នកកើត  
Are you currently pregnant? If YES, when is your LMP and EDD? Please comment below.

- បាទ
- អត់

---

---

តើអ្នកធ្លាប់ផឹកស្រាដែរឬទេ? Do you drink alcohol?

- ធ្លាប់
- អត់ទេ

ខ្ញុំយល់ព្រមនឹងទទួលស្គាល់ប្រសិនបើខ្ញុំចូលរៀនសាលានេះនៅយ៉ាវ៉ាមបាត់ដំបងខ្ញុំនឹងគោរពតាមគោលការណ៍សាលាដោយគ្មានការជក់បារីនិងគ្មានជាតិស្រវឹងឡើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនគោរពតាមគោលការណ៍សាលានោះសាលាមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ហើយបញ្ជូនខ្ញុំត្រលប់ទៅផ្ទះវិញ I agree and accept that if I attend this school in Yarwam, Battambang, I will abide by the principles of non-smoking and non-alcoholic beverages.

- យល់ព្រម yes
- មិនយល់ព្រម disagree

សព្វថ្ងៃនេះមានប្រើថ្នាំពេទ្យអ្វីអត់? Are you currently taking any medications?

- បាទ yes
- ទេ no

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើថ្នាំណាមួយជាទៀងទាត់សូមប្រាប់ឈ្មោះថ្នាំនិងពន្យល់ពីស្ថានភាព If you are using any type of medication regularly please name the medication and explain the condition\*

---



---



---

តើអ្នកមានពិការភាពរាងកាយឬស្ថានភាពសុខភាពដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ពិសេសទេ?

Do you have any physical handicaps or health condition which may require special attention?\*

- មាន have
- អត់មាន don't have

តើអ្នកធ្លាប់បានព្យាបាលជំងឺអស្ថេរភាពផ្លូវចិត្តឬវិកលចរិតដែរឬទេ ឧទាហរណ៍ ជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ថប់អារម្មណ៍ រឿលរវាយ

Have you ever been treated for emotional or psychiatric instability? (Depression, anxiety, schizophrenia, etc)

- ធ្លាប់ ever/yes
- អត់ no

សូមពន្យល់ពីស្ថានភាពបើសិនជាមាន Please comment if you selected YES to the above.

---



---



---



---



---

តើអ្នកធ្លាប់ទទួលការវះកាត់ណាមួយក្នុងរយៈពេល 10 ឆ្នាំមុនដែរឬទេ? ប្រសិនបើមានសូមពន្យល់។  
Have you had any surgeries in the last 10 years? If so please explain.\*

---

---

---

---

---

---

## ប្រតិកម្មអាឡែស៊ី Allergic reactions

តើអ្នកប្រតិកម្មជាមួយថ្នាំពេទ្យណាដែរឬអត់? Are you allergic to any medicines?

- មាន have
- អត់ no

បើអ្នកឆ្លើយថាមានក្នុងប្រអប់ណាមួយខាងលើ សូមសរសេរពីប្រតិកម្មដែលកើតឡើងលើអ្នក?  
តើប្រតិកម្មនោះមានសភាពធ្ងន់ប៉ុណ្ណា? តើអ្នកងាយប្រតិកម្មប៉ុណ្ណា? នៅពេលញ៉ាំ? នៅពេលប៉ះ? នៅស្រូបក្លិន?...  
If you answered yes above, comment on what are your reactions? How serious are the reactions?  
How sensitive are you? Is it if you eat it? Touch it? Breath it? Etc.

---

---

---

---

---

---

តើអ្នកប្រតិកម្មជាមួយមុខម្ហូបណាដែរឬអត់? Do you have any food allergies?

- មាន have
- អត់ no

បើអ្នកឆ្លើយថាមានក្នុងប្រអប់ណាមួយខាងលើ សូមសរសេរពីប្រតិកម្មដែលកើតឡើងលើអ្នក?  
តើប្រតិកម្មនោះមានសភាពធ្ងន់ប៉ុណ្ណា? តើអ្នកងាយប្រតិកម្មប៉ុណ្ណា? នៅពេលញ៉ាំ? នៅពេលប៉ះ? នៅស្រូបក្លិន?...  
If you answered yes above, comment on what are your reactions? How serious are the reactions?  
How sensitive are you? Is it if you eat it? Touch it? Breath it? Etc.

---

---

---

---

---

---

តើអ្នកមានប្រតិកម្មអាឡែស៊ីអ្វីផ្សេងដែរឬទេ? Do you have any other allergies?

- មាន have
- អត់ no

បើអ្នកឆ្លើយថាមានក្នុងប្រអប់ណាមួយខាងលើ សូមសរសេរពិពណ៌នាពីប្រតិកម្មដែលកើតឡើងលើអ្នក?  
តើប្រតិកម្មនោះមានសភាពឆ្ងល់ប៉ុណ្ណា? តើអ្នកងាយប្រតិកម្មប៉ុណ្ណា? នៅពេលញ៉ាំ? នៅពេលប៉ះ? នៅស្រូបភ្លិន?...  
If you answered yes above, comment on what are your reactions? How serious are the reactions?  
How sensitive are you? Is it if you eat it? Touch it? Breath it? Etc.

If you answered yes above, comment on what are your reactions? How serious are the reactions?  
How sensitive are you? Is it if you eat it? Touch it? Breath it? Etc.

---



---



---



---



---



---

សូមពន្យល់ឬបញ្ជាក់បន្ថែមពីបញ្ហាសុខភាពផ្សេងៗដែលអ្នកមាន  
Please explain or specify any other health related conditions

---



---



---



---



---



---

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងពាក្យនេះគឺពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវ  
I certify that all the information in this application is complete and accurate.  
 បាទ/ចាស