



ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានសុខភាព

ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបដិសេធការថែទាំសុខភាពដោយផ្អែកលើ ចម្លើយរបស់អ្នកទេ។ ចម្លើយរបស់អ្នកគឺជាការសម្ងាត់។ ទម្រង់បែបបទនេះនឹងជួយយើងភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង ជាមួយអ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងជំនួយត្រឹមត្រូវ។

*បង្ហាញចន្លោះបំពេញដែលចាំបាច់

ឈ្មោះសមាជិក Health Net (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន)

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (MMDDYYYY)

*អត្តលេខ Medi-Cal:

អ៊ីមែល:

ឈ្មោះ និងនាមត្រកូលដែលពេញចិត្ត:

1. តើអ្នកនឹងវាយតម្លៃសុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច? ល្អប្រសើរ ល្អណាស់ ល្អ បង្ករ ខ្សោយ

2. តើលោកអ្នកមានកម្ពស់ប៉ុន្មាន (សូមវាយបញ្ចូលចម្លើយជាខ្នាតហ្វីត/អ៊ីញ)?

ហ្វីត 2 3 4 5 6 7 មិនដឹង

អ៊ីញ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 មិនដឹង

3. តើលោកអ្នកមានទម្ងន់ប៉ុន្មាន (សូមបញ្ចូលចម្លើយជាខ្នាតផោន)?

4. តើលោកអ្នកមានវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

5. តើលោកអ្នកបានជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

6. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យចំនួនប៉ុន្មានដងក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ?

មិនធ្លាប់ មួយដង ពីរដង បីដង បួនដង ប្រាំដង ឬច្រើនជាងនេះ

7. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានទៅកាន់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ចំនួនប៉ុន្មានដងក្នុងរយៈពេល 6 ខែចុងក្រោយនេះ?

មិនធ្លាប់ មួយដង ពីរដង បីដង បួនដង ប្រាំដង ឬច្រើនជាងនេះ

8. តើអ្នកលេបថ្នាំប៉ុន្មានគ្រាប់បើតាមវេជ្ជបញ្ជាចេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក?

0 1-3 គ្រាប់ 4-7 គ្រាប់ 8-14 គ្រាប់ 15 គ្រាប់ ឬច្រើនជាងនេះ

9. តើលោកអ្នកធ្លាប់បានចាក់ថ្នាំផ្តាសាយធំក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

10. តើអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ប្រសិនបើមាន សូមគូសលើជំងឺណាដែលលោកអ្នកមាន: ជំងឺហឺត/បញ្ហាសួត បញ្ហាបេះដូង

មេរោគអេដស៍ ឬជំងឺអេដស៍ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជំងឺឆ្លុះជញ្ជក់

ផ្សេងទៀត

11. តើអ្នកត្រូវការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

12. តើអញ្ញាញធ្មេញរបស់អ្នកហូរឈាមនៅពេលអ្នកដុសធ្មេញដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

13. តើអ្នកធ្លាប់ឈឺធ្មេញកាលពីខែមុនទេ? បាទ/ចាស ទេ

14. តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ ចាប់តាំងពីអ្នកបានទៅជួបពេទ្យធ្មេញ ឬគ្លីនិកធ្មេញចុងក្រោយសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ?

តិចជាង 12 ខែ ច្រើនជាង 12 ខែ

15. តើអ្នកចង់ធ្វើការជាមួយគិលានុបដ្ឋាយិកា បុគ្គលិកសង្គម បុគ្គលិកសុខាភិបាលសហគមន៍ ឬអ្នកផ្សព្វផ្សាយដើម្បីរៀបចំគម្រោងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទេ?

បាទ/ចាស ទេ

16. តើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដើម្បីទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

17. តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

18. តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

19. តើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់បរិក្ខារពេទ្យ ឬសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ដូចជា ក្រែមឆ្អឹងពេទ្យ រទេះរុញ ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ អុកស៊ីហ្សែន ឬថង់ផ្នែករកាត់ពោះវៀនឬ?

បាទ/ចាស ទេ

20. តើអ្នកមានស្ថានភាពដែលកំណត់សកម្មភាពរបស់អ្នក ឬអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានឬ? បាទ/ចាស ទេ

21. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាការដូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ឬការផ្លាស់ប្តូរធុងរ៉ូតុងរយៈពេលប្រាំមួយ (6) ខែចុងក្រោយដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

22. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ? បាទ/ចាស ទេ

22a. ប្រសិនបើមានផ្ទៃពោះ តើអ្នកកំពុងទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត សម្រាប់ការមានក្រីឬ? បាទ/ចាស ទេ

22b. តើអ្នកមានគម្រោងមានផ្ទៃពោះក្នុងរយៈពេល 12 ខែខាងមុខនេះទេ? បាទ/ចាស ទេ

23. តើអ្នកទៅជួបគ្រូពេទ្យជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តដូចជា ថប់អារម្មណ៍ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺបាយប៉ូឡា ឬជំងឺរីកលចរិកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

24. ក្នុងរយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) កន្លងទៅ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ឯកាច់នូវប៉ុន្មានថ្ងៃ? (ធ្វើកត់មួយមួយ)

គ្មានទេ - ខ្ញុំមិនដែលមានអារម្មណ៍ឯកាទេ តិចជាង 5 ថ្ងៃ ពី 5 ទៅ 15 ថ្ងៃ

ច្រើនជាងពាក់កណ្តាលខែ (ច្រើនជាង 15 ថ្ងៃ) សឹងតែរៀងរាល់ថ្ងៃ - ខ្ញុំតែងតែមានអារម្មណ៍ឯកា

25. តើអ្នករស់នៅទីណា? (គូសលើដំងើណាដែលលោកអ្នកមាន) លំនៅឋាន

អាជាកមិនដែលមានមនុស្សរស់នៅច្រើន កន្លែងសម្រាកថែទាំ

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាកព្យាបាលដែលមានការស្នាក់នៅ កន្លែងសម្រាករស់នៅដែលមានជំនួយ

មណ្ឌលថែទាំ លំនៅឋានដែលគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ លំនៅឋានដែលមានការការពារ

បច្ចុប្បន្នគ្មានផ្ទះសំបែង ផ្សេងទៀត

26. តើអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការបាត់បង់លំនៅឋានរបស់អ្នកឬ? បាទ/ចាស ទេ

27. តើអ្នករស់នៅជាមួយអ្នកណា? រស់នៅតែម្នាក់ឯង រស់នៅជាមួយប្តីប្រពន្ធ ឬអ្នកដទៃ

រស់នៅជាមួយអ្នកថែទាំ រស់នៅជាមួយកូន ឬសាច់ញាតិ ឬមិត្តភក្តិផ្សេងទៀត

រស់នៅជាមួយនិវាសនជនផ្សេងទៀតនៅក្នុងកន្លែង/កម្មវិធីរបស់ខ្ញុំ

28. ក្នុងរយៈពេល 3 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភថាអាហាររបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកមានលុយទិញបន្ថែមដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

29. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះ តើក្រុមហ៊ុនអគ្គិសនី ហ្គាស ប្រេង ឬទឹកបានកំរាមកំហែងបិទសេវាកម្មនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

30. Health Net មានអត្ថប្រយោជន៍ផ្តល់ជូនដើម្បីគាំទ្រដល់បុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌/សមាជិកសហគមន៍ដែលវិលត្រឡប់មកវិញ។ កាលពីឆ្នាំមុន តើអ្នកបានចំណាយពេលលើសពី 2 យប់ជាប់គ្នានៅក្នុងគុក គុក មណ្ឌល ឃុំឃាំង ឬមណ្ឌលកែប្រែអនីតិជនដែរឬទេ?

បាទ/ចាស ទេ

31. ការឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនឹងជួយយើងឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងក្នុងការគាំទ្រសុខភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលគួរឱ្យគោរព។ តើខាងក្រោមនេះមួយណាដែលពណ៌នាអ្នកបានល្អជាងគេ? (ជើកមួយសម្រាប់ជួរនីមួយៗ)

- A. ស្រឡាញ់ភេទខុសគ្នា (ស្រឡាញ់ភេទផ្ទុយគ្នា) ស្រីស្រឡាញ់ស្រី ស្រឡាញ់ភេទដូចគ្នា
អ្នកស្រឡាញ់ពីរភេទ ផ្សេងទៀត មិនប្រាកដ/សំណួរ
- B. ប្រុស ស្រី មនុស្សប្តូរភេទ (ប្រុស) មនុស្សប្តូរភេទ (ស្រី) មិនមែនប្រុសឬស្រី
ផ្សេងទៀត