

ព័ត៌មានទូទៅ General information	ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Patient Name							
	អាយុអ្នកជំងឺ Patient Age	ឆ្នាំ Year old	ភេទ sex:	<input type="checkbox"/> ស្រី Female <input type="checkbox"/> ប្រុស Male				
	លេខទូរស័ព្ទ Phone Number			មុខរបរ Occupation				
	អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកជំងឺ Patient's Address							
ការអះអាង Declaration ខ្ញុំសូមធ្វើការអះអាងថាគ្រប់ចម្លើយក្នុងទម្រង់បែបបទនេះគឺពិតជាមានលក្ខណៈពេញលេញ និងពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹងដ៏ត្រឹមត្រូវបំផុតរបស់ខ្ញុំ។ I hereby declare that all the answers in this form are true to the best of my knowledge and belief.	ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ Patient's Information							
	តើលោកអ្នកជាគ្រូពេទ្យព្យាបាលប្រចាំរបស់អ្នកជំងឺនេះមែនទេ? បើមែនសូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលអ្នកជំងឺ ស្ថិតនៅក្រោមការព្យាបាលរបស់អ្នក Are you patient's regular medical advisor? If yes, please confirm How long has he/she been under your care?		<input type="checkbox"/> មែន Yes <input type="checkbox"/> មិនមែន No		រយៈពេលនៃការព្យាបាល៖ Maintenance period			
	កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រឹក្សាដំបូង Date of first consultation	ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY	កាលបរិច្ឆេទនៃការប្រឹក្សាចុងក្រោយ Date of last consultation	ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY
	កាលបរិច្ឆេទសម្រាកពេទ្យដំបូង Date of first hospitalization	ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY	កាលបរិច្ឆេទសម្រាកពេទ្យថ្មីៗនេះ Date of recent hospitalization	ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY
	តើរោគសញ្ញាអ្វីខ្លះដែលអ្នកជំងឺប្រាប់អ្នកនៅពេលជួបប្រឹក្សាជាមួយអ្នកលើកដំបូង? What symptoms did the patient complain of when he/she first saw you for this condition?							
	តើរយៈពេលប៉ុន្មានហើយដែលអ្នកជំងឺកើតមានរោគសញ្ញានេះ? How long has he/she been experiencing these symptoms?							
	តាមការយល់ដឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក តើរយៈពេលប៉ុន្មាន ដែលអ្នកគិតថាអ្នកជំងឺកើតមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ? In your medical, how long do you think the patient has actually experienced these symptoms?							
	ការកំណត់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Diagnostic settings							
	រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis			កាលបរិច្ឆេទនៃរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY	
	មូលហេតុនៃពិការភាព Cause of the disability			កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកជំងឺបានដឹងពីរោគវិនិច្ឆ័យ Date diagnosis was made known to the patient	ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY	
តាមការជួបប្រឹក្សាជាមួយអ្នកជំងឺ តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកណាខ្លះពីមុន? To your knowledge which hospitals/clinics, that the patient was treated for any illness/injury?								
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Name of Physician	មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក និង អាសយដ្ឋាន Hospital/Clinic & Address	កាលបរិច្ឆេទ៖ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ Date: DD/MM/YYY	មូលហេតុនៃការព្យាបាល Reasons of treatment/ Diagnosis					

អ្នកជំងឺមានប្រវត្តិជំងឺដែលបណ្តាលឲ្យកើតមានលក្ខខណ្ឌនេះ Any medical history to cause this condition		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ករណីពិការភាពដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យ If Disability Caused by Accident				
សូមផ្តល់ព័ត៌មាននៃហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង Please provide information on how the accident happened				
កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង Date of accident happened		ថ្ងៃ DD	ខែ MM	ឆ្នាំ YYYY
សូមពណ៌នាអំពីរបួសដែលអ្នកជំងឺទទួលបានដោយគ្រោះថ្នាក់ Please describe the injuries suffered by the patient				
មុនទទួលបានរបួស ឬពិការភាព តើអ្នកជំងឺមានសុខភាពល្អដែរឬទេ? ប្រសិនបើសិន ទេ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត Was the patient in good health prior to the injury/Disability? If not, please details.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
នៅពេលគ្រោះថ្នាក់ តើអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងស្ថានភាពស្រវឹង ឬ ឥទ្ធិពលនៃថ្នាំញៀនដែរឬទេ? At the time of the accident/incident, was the patient under the influence of alcohol, illegal drugs?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនៅការវះកាត់ ឬ ការពិនិត្យមើលទៅលើអ្នកជំងឺ បើសិនជាមាន Please provide details on any Surgical Operations or contemplated on the patient				
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Name of Physician	មន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក និង អាសយដ្ឋាន Hospital/Clinic & Address	កាលបរិច្ឆេទ៖ ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ Date: DD/MM/YYYY	ប្រភេទនៃការវះកាត់ ឬនីតិវិធី Type of Operation/Procedure	
ស្ថានភាពអ្នកជំងឺ Patient's Condition				
សូមផ្តល់នូវស្ថានភាព និងវិសាលភាពនៃពិការភាពបច្ចុប្បន្នដែលអ្នកជំងឺបានទទួលបានរួមទាំងនៅពេលឥឡូវ ចាតើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃមួយណាដែលគាត់ មិនអាចធ្វើបាន : Given the current condition and extent of disability the patient presently has suffered, which of the following daily activities he/she Cannot Do :				
<input type="checkbox"/> សមត្ថភាពក្នុងការបង្ហូរដង Continence <input type="checkbox"/> ការស្លៀកពាក់ Dressing <input type="checkbox"/> ការផ្លាស់ប្តូរ ឬ ធ្វើចលនាបំបាត់ទី Mobility or transferring		<input type="checkbox"/> ការងូតទឹក Bathing <input type="checkbox"/> ការបរិភោគ Feeding		សូមពណ៌នាលម្អិត Please provide details:
សូមផ្តល់ពិន្ទុនៃការវាយតម្លៃប្រព័ន្ធប្រសាទ (GCS) ដូចខាងក្រោម៖ (ពិន្ទុពេញគឺ ១៥ ពិន្ទុ) Please give detail of Glasgow Coma Scale (GCS) score as below: (Full score is 15 points)				
ការឆ្លើយតបតាមរយៈការបើកភ្នែក ៖ Eye opening response:	/ ៤ពិន្ទុ 4 points	សូមពណ៌នាលម្អិត Please provide details:	
ការឆ្លើយតបដោយពាក្យសម្តី ៖ Verbal response:	/ ៥ពិន្ទុ 5 points		
ការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធផ្លូវចិត្ត (សាច់ដុំ) ៖ Motor Neuron response:	/ ៦ ពិន្ទុ 6 points		
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធចក្ខុវិញ្ញាណដូចខាងក្រោម៖ Please give detail of visual system impairment as below:				
ភ្នែកខាងឆ្វេង Left eye		ភ្នែកខាងស្តាំ Right eye		
<input type="checkbox"/> កំហើញធម្មតា ឬព្រិល ឬរបួសភ្នែកតិចតួច Normal vision or blurred or minor eye injury		<input type="checkbox"/> កំហើញធម្មតា ឬព្រិល ឬរបួសភ្នែកតិចតួច Normal vision or blurred or minor eye injury		
<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃកំហើញ > 3/60 មានរបួសភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ Vision acuity > 3/60 or severe eye injury		<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃកំហើញ > 3/60 មានរបួសភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ Vision acuity > 3/60 or severe eye injury		

	<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃកំហើញ < 3/60 ឬងងឹត ឬរះកាត់យកភ្នែកចេញ Vision acuity < 3/60 or blind or removed eye	<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃកំហើញ < 3/60 ឬងងឹត ឬរះកាត់យកភ្នែកចេញ Vision acuity < 3/60 or blind or removed eye
	<u>សូមពណ៌នាលម្អិត Please details:</u>	<u>សូមពណ៌នាលម្អិត Please provide details:</u>
	តើអ្នកគិតថាពិការភាពមានកម្រិតណា? សូមបំពេញខាងក្រោម How would you classify the disability? Please state below	
	<input type="checkbox"/> ពិការភាពទាំងស្រុងជាអចិន្ត្រៃយ៍ Total Permanent Disability	<input type="checkbox"/> ពិការភាពដោយផ្នែកជាអចិន្ត្រៃយ៍ Partial Permanent Disability
	<input type="checkbox"/> ពិការភាពទាំងស្រុងជាបណ្តោះអាសន្ន Total Temporary Disability	<input type="checkbox"/> ពិការភាពដោយផ្នែកជាបណ្តោះអាសន្ន Partial Temporary Disability
	តើលោកអ្នកគិតថាអ្នកជំងឺអាចមានសមត្ថភាពណាខ្លះ? សូមបំពេញខាងក្រោម What do you consider that your patient is capable of?	
	<input type="checkbox"/> បន្តការងារធម្មតារបស់គាត់/នាងដោយពេញម៉ោង Following his/her normal occupation on a full time basis	
	<input type="checkbox"/> បន្តការងារធម្មតារបស់គាត់/នាងដោយមិនពេញម៉ោង Following his/her normal occupation on a part time basis	
	<input type="checkbox"/> បន្តការងារផ្សេង Following a different occupation	
	<input type="checkbox"/> មិនអាចប្រកបការងារអ្វីទាំងអស់ Prevent him/her from undertaking in any work	
បុរេវិនិច្ឆ័យ Prognosis		
	តើចំណុចពិការភាពរបស់អ្នកជំងឺអ្វីខ្លះដែលមិនអាចអោយអ្នកជំងឺប្រកបរបរ នានាដើម្បីចិញ្ចឹមជីវិតនាពេលអនាគតបាន ? What aspect of your patient's disability will prevent him/her form undertaking in any work in the future?	
	បើសិនជាអ្នកគិតថាអ្នកជំងឺ អាចប្រកបរបរ ឬ ធ្វើការផ្សេង តើប្រភេទការងារអ្វី ខ្លះដែលអ្នកជំងឺអាចធ្វើបាន If you feel that the patient could follow a different occupation, can you give an indication as to the type of work that he/she could undertake?	
	តើពេលណាដែលអ្នកគិតថាអ្នកជំងឺ អាចត្រឡប់ធ្វើការដូចដើម ឬប្រកបរបរអ្វី ផ្សេងក្រៅពីការងារបច្ចុប្បន្ន? When do you think the patient will be able to resume working either to his/her present job or alternative employment?	
ហត្ថលេខា និង ត្រា Signature and Stamp	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Name of Physician	កម្រិតប្រធាន & ឯកទេស Degree & Specialist
	ហត្ថលេខា Signature	ត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Hospital/Clinic Stamp
	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date (DD/MM/YYYY)	
	អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ ពេទ្យព្យាបាល Address of Hospital/physician	
	លេខទូរស័ព្ទ Contact No	អ៊ីមែល Email
* សូមភ្ជាប់នូវរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់គ្រូពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យជាមួយលទ្ធផលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីពិការភាពរបស់អ្នកជំងឺ Please enclose copies of specialist or hospital reports together with any tests or similar evidence to the validity of the patient's disability.		