

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							
<p style="text-align: center;">ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ Patient's Information</p> <p>ការអះអាង Declaration</p> <p>ខ្ញុំសូមធ្វើការអះអាងថាគ្រប់ចម្លើយក្នុងទម្រង់បែបបទនេះគឺពិតជាមានលក្ខណៈពេញលេញ និងពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹងដ៏ត្រឹមត្រូវបំផុតរបស់ខ្ញុំ។</p> <p>I hereby declare that all the answers in this form are true to the best of my knowledge and belief.</p>	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
	តើរោគសញ្ញាអ្វីខ្លះដែលអ្នកជំងឺប្រាប់អ្នកនៅពេលជួបប្រឹក្សាជាដំបូង? 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/YYYY		មូលហេតុនៃការព្យាបាល Reasons of treatment/ Diagnosis				

<p>កំណត់សម្គាល់ : សូមប្រើ ក្រដាស ស បន្ថែម ប្រសិនបើបំពេញមិន គ្រប់ គ្រាន់</p> <p>Note: Please use the different spread sheet if space provided is not enough.</p>				
	ស្ថានភាពអ្នកជំងឺ Patient's Condition			
	សូមរៀបរាប់លម្អិតអំពី ប្រភេទ និងកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ នៃពិការភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ អ្នកជំងឺ ។ Please describe fully the nature and severity of the patient's current disability.			
	តើពិការភាពរបស់អ្នកជំងឺ នឹងមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ មិនប្រែប្រួល ឬ មាន ភាពប្រសើរឡើងដែរឬទេ? សូមលម្អិត Is his/her disability progressive, stationary or improving? Please detail			
	ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជំងឺ Current Patient's condition		សូមពណ៌នាលម្អិត Please detail	
	<input type="checkbox"/> អាចដើរបាន <input type="checkbox"/> សម្រាកព្យាបាលនៅផ្ទះ Ambulatory Confined to his/her home <input type="checkbox"/> សម្រាកនៅលើគ្រែ <input type="checkbox"/> សកម្មភាពរស់នៅខ្លះ ត្រូវបាន ដាក់ បម្រាម Subject to some restriction movement of lifestyles			
	អាការៈនៃការជាសះស្បើយរបស់អ្នកជំងឺ The Condition of the patient's recovery	កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ ប្រហែល ៖ ខែ/ឆ្នាំ Date: MM/YYYY	សូមពណ៌នាលម្អិត ពីកម្រិតនៃការជាសះស្បើយ Please detail the extent of recovery	
	<input type="checkbox"/> អាចជាសះស្បើយ Yes			
	<input type="checkbox"/> មិនអាចជាទេ No			
	ការព្យាបាល Treatment			
សូមពណ៌នាលម្អិតអំពីការព្យាបាលរបស់លោកអ្នកពីមុន និង បច្ចុប្បន្ន ដោយ រាប់បញ្ចូលទាំងការវះកាត់ ដែលអាចធ្វើអោយអ្នកជំងឺមានស្ថានភាពធ្ងរ ស្រាល និងជាសះស្បើយឡើងវិញ។ Please describe the past and current treatment provided, including any operations performed and whether it is likely to improve his/her condition.				
តើអ្នកជំងឺតម្រូវឲ្យមានការព្យាបាលអ្វីបន្តទៀតដែរឬទេ? What treatments are planned for the future?				
តើអ្នកជំងឺតម្រូវឲ្យមកតាមដានស្ថានភាពនេះយ៉ាងដូចម្តេច? How often must the patient be on follow-up for this condition?				
តើការប្រឹក្សា ឬ ការព្យាបាលនៃពិការភាពនេះ មានទាក់ទងទៅនឹង ឬ បណ្តាលមកពីមូលហេតុដូចខាងក្រោមដែរឬទេ (សូមប្រាប់ពី កាលបរិច្ឆេទ នៃការងរបួស ឬ ជំងឺ) Is consultation/treatment in connection with this disability related or due to (please indicate date injury/illness was sustained):		ត្រឹមត្រូវ Yes	មិនត្រឹមត្រូវ No	បើត្រឹមត្រូវសូមបញ្ជាក់ If yes, please specify:
តើអ្នកជំងឺបានអនុលោមទៅតាមការណែនាំវិធីព្យាបាលរបស់លោកអ្នកដែរ ឬទេ? Is the patient compliant with the recommended treatment program?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
តើអ្នកជំងឺមានស្ថានភាពប្រសើរឡើងជាងពេលដែលមកជួបប្រឹក្សាជាមួយ អ្នកដំបូងដែរឬទេ? Has there been any improvement since you first saw the patient?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

អ្នកជំងឺធ្វើឲ្យមានរបួសខ្លួនឯង ឬ ជំងឺកាមរោគ Self-inflicted injury or Sexually transmitted disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
អ្នកជំងឺមានភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត ឬ ជំងឺសរសៃប្រសាទ Congenital anomaly, nervous or mental disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
អ្នកជំងឺមានជំងឺផ្លូវចិត្ត Psychiatric disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
អ្នកជំងឺមានញៀនថ្នាំ ឬ ញៀនស្រា Drug addiction or Alcoholism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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
សូមពណ៌នាអំពីរបួសដែលអ្នកជំងឺទទួលបានគ្រោះថ្នាក់ Please describe the injuries suffered by the patient			
មុនទទួលបានរបួស ឬ ពិការភាព 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 ឬ នីតិវិធី Type of Operation/Procedure
ស្ថានភាពអ្នកជំងឺ Patient's Condition			
សូមផ្តល់នូវស្ថានភាព និងវិសាលភាពនៃពិការភាពបច្ចុប្បន្នដែលអ្នកជំងឺបានទទួលបានថ្មីៗបន្ថែមនៅពេលឥឡូវ 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"/> សមត្ថភាពក្នុងការបង្ហូរមាត់ Continence	<input type="checkbox"/> ការងូតទឹក Bathing	សូមពណ៌នាលម្អិត Please details:	
<input type="checkbox"/> ការស្លៀកពាក់ Dressing	<input type="checkbox"/> ការបរិភោគ Feeding		
<input type="checkbox"/> ការផ្លាស់ប្តូរ ឬ ធ្វើចលនាបំណាស់ទី Mobility or transferring			
សូមផ្តល់ពិន្ទុនៃការវាយតម្លៃប្រព័ន្ធប្រសាទ (GCS) ដូចខាងក្រោម៖ (ពិន្ទុពេញគឺ ១៥ ពិន្ទុ) detail of Glasgow Coma Scale (GCS) score as below: (Full score is 15 points)			Please give
ការឆ្លើយតបតាមរយៈការបើកភ្នែក ៖ Eye opening response:/ ៤ ពិន្ទុ 4 points	សូមពណ៌នាលម្អិត Please details:	
ការឆ្លើយតបដោយពាក្យសម្តី ៖ Verbal response:/ ៥ ពិន្ទុ 5 points		
ការឆ្លើយតបរបស់ប្រព័ន្ធផ្លូវចិត្ត(សាច់ដុំ) ៖/ ៦ ពិន្ទុ/ ៦ ពិន្ទុ		

Motor Neuron response: 6 points			
សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធចក្ខុវិញ្ញាណដូចខាងក្រោម៖ Please give detail of visual system impairment as below:			
ភ្នែកខាងឆ្វេង Left eye		ភ្នែកខាងស្តាំ Right eye	
<input type="checkbox"/> គំហើញធម្មតា ឬព្រិល ឬរូបសភាពភ្នែកតិចតួច Normal vision or blurred or minor eye injury		<input type="checkbox"/> គំហើញធម្មតា ឬព្រិល ឬរូបសភាពភ្នែកតិចតួច Normal vision or blurred or minor eye injury	
<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃគំហើញ > 3/60 មានរបួសភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ Vision acuity > 3/60 or severe eye injury		<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃគំហើញ > 3/60 មានរបួសភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរ Vision acuity > 3/60 or severe eye injury	
<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃគំហើញ < 3/60 ឬងងឹត ឬរក្សាភ្នែកចេញ Vision acuity < 3/60 or blind or removed eye		<input type="checkbox"/> ភាពច្បាស់នៃគំហើញ < 3/60 ឬងងឹត ឬរក្សាភ្នែកចេញ Vision acuity < 3/60 or blind or removed eye	
សូមពណ៌នាលម្អិត Please details:		សូមពណ៌នាលម្អិត Please details:	
តើអ្នកគិតថាពិការភាពមានកម្រិតណា? សូមបំពេញខាងក្រោម How would you classify the disability? Please state below			សូមពណ៌នាលម្អិត Please details
<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?		សូមពណ៌នាលម្អិតអំពី ប្រភេទការងារ និង កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែល Please detail, types of work and the approximate date:	
<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 ចាំប្រភេទការងារ អ្វីខ្លះដែលអ្នកជំងឺអាចធ្វើបាន 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		កំរិតវប្បធម៌ & ឯកទេស Degree & Specialist
	ហត្ថលេខា Signature		ត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក

	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date (DD/MM/YYYY)		Hospital/Clinic Stamp	
	អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬពេទ្យព្យាបាល Address of Hospital/physician			
	លេខទូរស័ព្ទ Contact No		អ៊ីមែល Email	

* សូមភ្ជាប់នូវរបាយការណ៍ចម្លងរបស់គ្រូពេទ្យ 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.