



ការសាកសួរដល់អ្នកជំងឺទាំងអស់ (អាយុ ២ -៨) នៅកន្លែងកុមារសុខភាពល្អ

នៅការិយាល័យយើងនេះ យើងខ្ញុំចង់ផ្តល់ឲ្យការថែរក្សាដ៏ល្អបំផុតចំពោះអ្នកជំងឺ។ យើងមានទាំងការនិយាយជាមួយអ្នកជំងឺរបស់យើង ទាំងអស់នូវជំហានដែល អ្នកអាចធ្វើដើម្បីធ្វើ អោយសុខភាពក្រុមគ្រួសារប្រសើរឡើង។ នៅពេលអ្នករង់ចាំគ្រូពេទ្យយើងសូមលោកអ្នក ជាមួយនឹងកូនរបស់អ្នកឆ្លៀតពេលឆ្លើយសំណួរដូចខាងក្រោម។ ពេលជួបគ្រូពេទ្យគាត់នឹង ពិភាក្សា អំពីចម្លើយរបស់អ្នក។ យើងជឿជាក់ថា ពិបាកធ្វើតាមរបៀបរបស់នៅមានសុខភាពល្អ។ សំណួរនៅខាងក្រោម នឹងជួយយើងពិភាក្សាជាមួយអ្នក អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីធ្វើ អោយសុខភាពក្រុមគ្រួសារប្រសើរឡើងដោយការផ្លាស់ប្តូរបន្តិចនៅពេលចាប់ផ្តើមជំងឺ។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____ អាយុ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

		៥/២+ ៖	អត់/១/១
5	ថ្ងៃធម្មតាកូនខ្ញុំញ៉ាំផ្លែឈើនិងបន្លែ ៥ ដងឬច្រើនជាងនេះ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	កូនខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករាល់ថ្ងៃ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	កូនខ្ញុំញ៉ាំអាហារល្ងាចនៅផ្ទះជាមួយគ្រួសារយ៉ាងតិច ២ ដងនៅមួយអាទិត្យ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	កូនខ្ញុំញ៉ាំអាហារពីក្រៅ (ឱ. នៅហាង ភោជនាដ្ឋាន) តិចជាង ២ ដងមួយអាទិត្យ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	កូនខ្ញុំមើលទូរទស្សន៍មើលកុនឬលេងល្បែងខ្លីមក្នុងមួយថ្ងៃ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	កូនខ្ញុំអត់មានទូរទស្សន៍នៅបន្ទប់គេងគេទេ។	អត់មាន <input type="checkbox"/>	មាន <input type="checkbox"/>
1	កូនខ្ញុំចូលរួមក្នុងការហាត់ប្រាណខាងរូបរាងជាមធ្យមចំណាយយ៉ាងតិចមួយម៉ោងរាល់ថ្ងៃ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	កូនខ្ញុំមិនផឹកភេសជ្ជៈផ្លែឈើ ភេសជ្ជៈក៏ឡា ឬ ស្ករដាច់ទៅទេ។	មិនផឹក <input type="checkbox"/>	ផឹក <input type="checkbox"/>
	កូនខ្ញុំផឹកទឹកដោះគោដែលអត់ស្ករមានខ្លាញ់ដូចជាមួយភាគរយ មិនពីរភាគរយឬទាំងស្រុង។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR PHYSICIAN USE ONLY
 Physician Initials: _____ Date: _____
 BMI: _____ BMI%: _____ FH Risk Factors: Y N
 5 2 1 0
 Achieved
 Discussed
 Goal