



ការសាកសួរដល់អ្នកជំងឺទាំងអស់ ( អាយុ ៩ - ១៨) នៅកន្លែងកុមារសុខភាពល្អ

នៅការិយាល័យយើងនេះ យើងខ្ញុំចង់ផ្តល់ឲ្យការថែរក្សាដ៏ល្អបំផុតចំពោះអ្នកជំងឺ។ យើងមានទាំងការនិយាយជាមួយអ្នកជំងឺរបស់យើង ទាំងអស់ គ្រូពេទ្យដែល អ្នកអាចធ្វើដើម្បីធ្វើអោយសុខភាពអ្នកប្រសើរឡើង។ នៅពេលអ្នករំពឹងទុកយើង សូមលោកអ្នកឆ្លៀតពេល ឆ្លើយសំណួរដូចខាងក្រោម។ ពេលជួបគ្រូពេទ្យគាត់នឹងពិភាក្សា អំពីចម្លើយរបស់អ្នក។ យើងដឹងថាជាពិបាកធ្វើតាមរបៀបរបស់នៅ មានសុខភាពល្អ។ សំណួរនៅខាងក្រោម នឹងជួយយើងពិភាក្សាជាមួយអ្នក អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីធ្វើអោយសុខភាពអ្នកប្រសើរឡើង ដោយការផ្លាស់ប្តូរបន្តិចនៅពេលចាប់ផ្តើមដំបូង។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_ អាយុ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_

		១១/១០+	អត់/១/១
5	តាមធម្មតាខ្ញុំញ៉ាំផ្លែឈើនិងបន្លែ ៥ ដងឬច្រើនជាងនេះ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលព្រឹករាល់ថ្ងៃ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារពេលល្ងាចនៅផ្ទះជាមួយគ្រួសារយ៉ាងតិច ២ ដងនៅមួយអាទិត្យ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ខ្ញុំញ៉ាំអាហារខាងក្រៅ (ឧ. នៅហាង ភោជនីយដ្ឋាន) តិចជាង ២ ដងមួយអាទិត្យ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ខ្ញុំមើលទូរទស្សន៍មើលកុនឬលេងល្បែងកុំព្យូទ័រតិចជាង ២ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ខ្ញុំអត់មានទូរទស្សន៍នៅបន្ទប់គេងទេ។	អត់មាន <input type="checkbox"/>	មាន <input type="checkbox"/>
1	ខ្ញុំចូលរួមក្នុងការហាត់ប្រាណខាងរូបរាងជាមធ្យមចំណាយយ៉ាងតិចមួយម៉ោងរាល់ថ្ងៃ។	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	ខ្ញុំមិនផឹកភេសជ្ជៈផ្លែឈើ ភេសជ្ជៈក៏ឡា ឬ ស្នាដាទៀងទាត់ទេ។	មិនផឹក <input type="checkbox"/>	ផឹក <input type="checkbox"/>
	ខ្ញុំផឹកទឹកដោះគោដែលអត់សូវមានខ្លាញ់ដូចជាមួយភាគរយ មិនពីរភាគរយឬទឹកដោះគោទាំងអស់។	<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