

**បញ្ហាដែលត្រូវកែតម្រូវលើការពិនិត្យសុខភាពពិសេសនៃវិជ្ជាជីវៈនិងវេជ្ជសាស្ត្រក្នុង  
បរិយាកាសសង្គមកុមារ**

ក្រុមហ៊ុន:  
ឈ្មោះ:

**※ សំណួរស្តីអំពីប្រវត្តិជម្ងឺ(ប្រវត្តិអ្នកជម្ងឺ និងប្រវត្តិក្រុមគ្រួសារ)**

※ សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ ហើយបញ្ជាក់ដោយសញ្ញា [0] ចំពោះស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន។

1. តើអ្នកធ្លាប់ពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យ ឬតើបច្ចុប្បន្ននេះលោកអ្នកកំពុងលេបថ្នាំសម្រាប់ជម្ងឺណាមួយក្នុងចំណោម បណ្តាជម្ងឺដូចខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?

ជម្ងឺ	ដាច់សរសៃ ឈាមខួរក្បាល	បេះដូង (រួមសាច់ដុំ បេះដូង ជម្ងឺក្លិនទ្រូង)	លើស សម្ពាធនាម	ទឹកនោម ផ្អែម	លើសសារ ធាតុខ្លាញ់ ក្នុងឈាម	របេង	ផ្សេងៗ (រួមទាំង មហារីក ផងដែរ)
រោគវិនិច្ឆ័យ							
ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ							

2. តើមានអ្នកណាម្នាក់នៃឪពុកម្តាយ បងប្អូនប្រុស បងប្អូនស្រី ស្លាប់ដោយសារជម្ងឺដូចខាងក្រោមនេះ  
ដែរឬទេ?

ជម្ងឺ	ដាច់សរសៃ ឈាមខួរក្បាល	ជម្ងឺបេះដូង (រួមសាច់ដុំ បេះដូង / ជម្ងឺក្លិនទ្រូង)	លើសសម្ពាធនាម	ទឹកនោម ផ្អែម	ផ្សេងៗ (រួមទាំង មហារីក ផងដែរ)
មាន					

3. តើអ្នកមានផ្ទុកវីរុសលាក់ឆ្លើមប្រភេទបេ ដែរឬទេ? ① មាន ② គ្មានទេ ③ មិនដឹង

**※ ការជក់បារី**

4. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

4-1. តើអ្នកបានជក់បារីអស់ច្រើនជាងប្រាំកញ្ចប់(100 ដើម)ក្នុងមួយជីវិតរបស់លោកអ្នក?

- ① ទេ (☑ សូមបន្តទៅសំណួរទី 5)
- ② បាទ ក៏ប៉ុន្តែខ្ញុំបានឈប់ជក់ហើយឥឡូវនេះ (☑សូមបន្តទៅសំណួរទី 4-2)
- ③ បាទ ហើយខ្ញុំនៅជក់វានៅឡើយទេ (☑សូមបន្តទៅសំណួរទី 4-3)

4-2. ប្រសិនបើអ្នកបានជក់កាលពីមុនមក ប៉ុន្តែបានឈប់ជក់តាំងពីពេលនោះមក:

តើអ្នកជក់បារីបានប៉ុន្មានឆ្នាំ មុននឹងឈប់ជក់វា?	សរុប _____ ឆ្នាំ
តើអ្នកបានជក់បារីអស់ប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ មុននឹងឈប់ជក់វា?	_____ បារី

4-3. ប្រសិនបើអ្នកនៅជក់វានៅឡើយទេ:

តើអ្នកជក់បារីបានប៉ុន្មានថ្ងៃឆ្នាំហើយ?	សរុប _____ ឆ្នាំ
ជាមធ្យម តើអ្នកជក់បារីប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ?	_____ បារី

**※ ការពិសាជាតិស្រា**

5. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោម និងបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់លោកអ្នក។

5-1. រៀងរាល់សប្តាហ៍ តើអ្នកពិសាស្រាញឹកញាប់ដែរឬទេ?

- 0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

5-2. នៅពេលដែលអ្នកពិសាស្រា តើអ្នកពិសាប៉ុន្មានដើមក្នុងមួយថ្ងៃ? (※ ដោយមិនគិតអំពីប្រភេទស្រា  
( កែវ)

**※ ចលនានៃរាងកាយ (ការហាត់ប្រាណ)**

6. សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់ពីសកម្មភាពទាំងឡាយដែលអ្នកបានធ្វើនៅក្នុង  
សប្តាហ៍កន្លងមក ដោយសញ្ញា'√' ។

6-1. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពចលនានៃរាងកាយខ្លាំងក្លា  
ដែលធ្វើឱ្យចង្កាក់ដង្ហើមរបស់អ្នកខ្លាំងជាងធម្មតា អស់រយៈពេលលើសពី 20 នាទី បាន  
ចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការរត់ ការហាត់ប្រាណ ជិះកង់ដោយល្បឿនលឿន ការឡើងភ្នំ ។ល។)?

- 0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

6-2. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានចូលរួមក្នុងសកម្មភាពចលនានៃរាងកាយខ្លាំងល្មម

ដែលធ្វើឱ្យចង្អុលដាក់ដង្ហើមរបស់អ្នកខ្លាំងជាងធម្មតា អស់រយៈពេលលើសពី 30 នាទី បាន  
ចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការដើរដោយលឿនលឿន ការលេងតែននីស  
ជិះកង់ដោយលឿនធម្មតា ជួតគង្គ ។ល។)?

※ មិនរាប់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងទៅនឹងចម្លើយ 6-1 នោះទេ។  
□0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

6-3. នៅក្នុងសប្តាហ៍កន្លងមក តើអ្នកបានដើរលើសពី 30 នាទី និងយ៉ាងហោចណាស់ 10 នាទីក្នុង  
មួយម្តង បានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ? (ឧទាហរណ៍: ការហាត់ប្រាណតិចតួច ការដើរទៅវិញទៅមក  
ពីកន្លែងធ្វើការ ឬការដើរលំហែ)

※ មិនរាប់បញ្ចូលរាល់សកម្មភាពទាំងឡាយដែលទាក់ទងទៅនឹងចម្លើយ 6-1 និង 6-2 នោះទេ។  
□0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

※ សំណួរអំពីរោគសញ្ញាទាក់ទងទៅនឹងសរីរាង្គគោលដៅ

7. សូមឆ្លើយទៅនឹងរោគសញ្ញាទាំងឡាយដែលអ្នកបានជួបប្រទះក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែចុងក្រោយនេះ។

ផ្នែកនៃរាងកាយ	រោគសញ្ញា	កម្រិតនៃការឈឺចាប់		
		ខ្លាំង	ល្មម	តិច
ស្ថានភាពទូទៅ	មិនមានអាហារ និងចុះទម្ងន់			
	មានអារម្មណ៍អស់កម្លាំងជាញឹកញាប់			
	ស្លាប់ទៅមានដុំពកនៅដងខ្លួន			
ស្បែក	មានអារម្មណ៍រមាស់ ឬរលាក			
	កន្ទួលស្បែក			
	ផ្លាស់ប្តូរស្បែក ក្រចកដៃ ឬក្រចកជើង			
	ស្បែកឡើងក្រហម និងប្រេះ			
ភ្នែក	រលាកភ្នែក និងហៀទឹកភ្នែកជាញឹកញាប់			
	ពិបាកមើល			
	ភ្នែកឡើងក្រហម ឬផ្សា			
ត្រចៀក	ពូមិនច្បាស់			
	ហឹងត្រចៀក			
ច្រមុះ	ឧស្សាហ៍ឈាមច្រមុះ			
	ហៀរសំបុរ ឬក៏ងច្រមុះ			
	ពិបាកហិតខ្លួន			
មាត់	ហូរឈាមអញ្ចាញធ្មេញ ឬដុះបោមាត់			
	ពិបាកភ្ញាក់រសជាតិ			
ប្រដាប់រំលាយអាហារ	ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឈឺផ្សាទៅក្នុងពោះខ្ញុំ។			
	មានរសជាតិស្អាតនៅក្នុងមាត់			
	ទល់លាមក			
ប្រដាប់ឈាមរត់ និងប្រដាប់ដកដង្ហើម	ញឹកដើមទ្រូងនៅពេលកំពុងធ្វើការ			
	ក្អក និងដកដង្ហើមខ្លីនៅពេលកំពុងធ្វើការ			
	ក៏ដង្ហើមទ្រូង			
	ក្អក ឬខាកស្ពោះចេញស្ដេស នៅពេលដែលភ្ញាក់ពីដំណេក			
	ក្អក នៅពេលត្រឡប់ទៅធ្វើការវិញបន្ទាប់ពីឈប់សម្រាក			
ឆ្អឹងខ្នង/អវយវៈ	ឈឺដៃ ជើង និងស្មា			
	ញឹកដៃជើង ឬទន្ទឹមដៃជើង			
	មានអារម្មណ៍ស្លឹកដៃជើង			
	ប្រាមឡើងសស្គាំងនៅពេលត្រជាក់			
	ឈឺខ្នង			

ផ្នែកនៃរាងកាយ	រោគសញ្ញា	កម្រិតនៃការឈឺចាប់		
		ខ្លាំង	ល្មម	តិច
ប្រព័ន្ធវិញ្ញាណ/សរសៃប្រាសាទ	ឈឺក្បាល			
	វិលមុខ			
	ការចងចាំកាន់តែចុះខ្សោយ និងឆាប់ភ្លេចភ្លាំង			
	ការភ័យបារម្ភ និងភាពរសេះរសោះ			
	ក្បាលមានអារម្មណ៍ថាស្លឹក ហាក់ដូចជាខ្ញុំស្រវឹងស្រា			
ប្រព័ន្ធកម្រងនោម/និងបន្តពូជ	ពិបាកនោម			
	ហើមដងខ្លួន			
	រដូវដើរមិនទៀងទាត់			
	ធ្លាប់លូតកូន			

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានរោគសញ្ញាដទៃទៀត សូមរៀបរាប់វានៅក្នុងចន្លោះខាងក្រោមនេះ។

- \* តើលោកអ្នកធ្លាប់មានជួបប្រទះបញ្ហាសុខភាព(បញ្ហារាងកាយ) នៅក្នុងពេលធ្វើការដែរឬទេ?  មាន       ទេ
- \* តើលោកអ្នកគិតថា អ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដោយសារតែសម្ភារៈដែលអ្នកធ្វើការជាមួយឬ?  មាន       ទេ

ការអនុវត្តប្រយោជន៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិត	
-----------------------------------	--

**វេជ្ជបណ្ឌិតពេលយប់ – ការវាយតម្លៃពីស្ថានភាពប្រឈមមុខ**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

\* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

\* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1. តើអ្នកបានធ្វើការជាវេជ្ជ រួមទាំងវេជ្ជយប់ផងដែរ ប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ?
  - តិចជាង 5 ឆ្នាំ     5-9 ឆ្នាំ     10-14 ឆ្នាំ     15-19 ឆ្នាំ     20 ឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ
  - មិនអាចអនុវត្តបាន
2. សូមបញ្ជាក់នូវការរៀបចំការងាររបស់អ្នកនៅក្នុងតួនាទីបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
  - 3 វេន     2 វេន     ពីរថ្ងៃម្តង (ប្តូរវេន 24 ម៉ោងម្តង)     វេនយប់តែប៉ុណ្ណោះ
  - ផ្សេងៗ(មិនទៀងទាត់)
3. តើវេនការងាររបស់អ្នកវិលជុំយ៉ាងទៀងទាត់ដែរឬទេ?

- ទៀងទាត់ (សូមបន្តទៅសំណួរ 3-1)       មិនទៀងទាត់ (សូមបន្តទៅសំណួរ 4)

3-1. តើផែនការងាររបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរតាមលំដាប់ពីផែនពេលព្រឹកទៅ → ផែនពេលរសៀល → ផែនពេលយប់ មែនឬទេ?

- មែនហើយ       មិនមែនទេ

4. តើលោកអ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មានម៉ោងរវាងពេលចេញពីធ្វើការ មុននឹងចូលទៅធ្វើការវិញ?

- ច្រើនជាង 11 ម៉ោង       តិចជាង 11ម៉ោង

5. តើលោកអ្នកបានធ្វើការវេនយប់ជាបន្តបន្ទាប់ជាមធ្យមប៉ុន្មានថ្ងៃដែរ កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ?

- មិនបន្តទៅថ្ងៃវេនយប់       2 ថ្ងៃ       3 ថ្ងៃ       4 ថ្ងៃ       5 ថ្ងៃ ឬច្រើនជាងនេះ

6. តើបន្ទុកការងារ និងពេលសម្រាកយ៉ាងណាដែរសម្រាប់វេនយប់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងវេនថ្ងៃ?

- 1) បន្ទុកការងារ: ប្រៀបធៀបទៅនឹងវេនថ្ងៃ       ប្រហែលគ្នា       តិចជាង       ច្រើនជាង
- 2) ពេលសម្រាក: ប្រៀបធៀបទៅនឹងវេនថ្ងៃ       ប្រហែលគ្នា       តិចជាង       ច្រើនជាង

7. តើលោកអ្នកធ្វើការតែម្នាក់ឯងគត់នៅវេនយប់ឬ?

- តែម្នាក់ឯង       មិនមែនទេ

8. តើគេអនុញ្ញាតឲ្យសកម្មភាពខាងក្រោមនេះដែរឬទេ ក្នុងពេលវេនយប់?

ដេកក្នុងពេលវេនយប់	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
តំបន់សម្រាក	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
ពេលញាំអាហារ / ញាំអាហារលេង	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត
សម្របសម្រួលតារាងវេនយប់របស់អ្នក	<input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត	<input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាត

9. ជាមធ្យម តើលោកអ្នកធ្វើការប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍?

- តិចជាង 40 ម៉ោង       40 ម៉ោង       41-51 ម៉ោង       52-59 ម៉ោង       60 ម៉ោង ឬច្រើនជាងនេះ

**វេនធ្វើការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(សន្ទស្សន៍អនិទ្រា)**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

\* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

\* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1-3. សូមបញ្ជាក់នូវកម្រិតនៃបញ្ហាដូចខាងក្រោមនេះក្នុងកំឡុងពេលពីសប្តាហ៍កន្លងមក។					
	គ្មាន	ទាប	មធ្យម	ខ្ពស់	ខ្ពស់ខ្លាំង
1. មិនងងឹយដេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ដេកមិនស្តប់ស្តាល់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ឆាប់ភ្ញាក់ពីដំណេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. តើលោកអ្នកពេញចិត្តយ៉ាងណាដែរ ចំពោះរបៀបដេកបច្ចុប្បន្ននេះរបស់អ្នក?  
 ពេញចិត្តខ្លាំង  ពេញចិត្ត  មធ្យម  មិនពេញចិត្ត  មិនពេញចិត្តខ្លាំង

5. តើអ្នកគិតថាវិបត្តិដំណេករបស់អ្នកបណ្តាលមកពីសកម្មភាពរបស់អ្នកនៅពេលថ្ងៃយ៉ាងណាដែរ?  
 (នឿយហត់នៅពេលថ្ងៃ សមត្ថភាព ការផ្តោតយកចិត្តទុកដាក់ ការចងចាំ អារម្មនៅពេលធ្វើការក្នុងការិយាល័យ ឬនៅផ្ទះ)  
 មិនទាល់តែសោះ  តិចតួច  ល្មម  ច្រើន  ច្រើនណាស់

6. តើមនុស្សទាំងឡាយនិយាយថាសុខុមាលភាពរបស់អ្នកបានថយចុះ ដោយសារតែបញ្ហាដេករបស់អ្នកដែរឬទេ?  
 មិនទាល់តែសោះ  តិចតួច  ល្មម  ច្រើន  ច្រើនណាស់

7. តើលោកអ្នកមានការព្រួយបារម្ភយ៉ាងណាដែរចំពោះបញ្ហាដំណេករបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះ?  
 មិនទាល់តែសោះ  តិចតួច  ល្មម  ច្រើន  ច្រើនណាស់

**វេនធ្វើការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(ការគេងលក់នៅពេលថ្ងៃ)**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

\* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល។

\* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

	គេងមិន លក់ទាល់ តែសោះ	គេងលក់ តិចតួច	គេងលក់	គេងលក់ ខ្លាំង
1. នៅពេលអង្គុយចុះ និងអាន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. នៅពេលមើលទូរទស្សន៍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. នៅពេលស្ថិតនៅក្នុងទីសាធារណៈនៅឡើយ ដូចជាពេលសិល្បៈ ឬក៏ក្នុងពេលប្រជុំ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. នៅពេលជិះរថយន្តក្រុង តាក់ស៊ីអស់រយៈពេល ប្រហែលមួយម៉ោង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. នៅពេលទំអត់លេងយ៉ាងស្រួលក្នុងខណៈដែល សម្រាកពេលរៀន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. នៅពេលដែលអង្គុយ និងនិយាយជាមួយ អ្នកណាម្នាក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. នៅពេលអង្គុយយ៉ាងស្ងៀមស្ងាត់ បន្ទាប់ពី បាយថ្ងៃត្រង់រួច	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. នៅពេលបើកបរ និងឈប់ពីបីនាទីដោយសារចរាចរ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**វេនធ្វើការពេលយប់ – វិបត្តិដំណេក(គុណភាពនៃដំណេក)**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

\* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

\* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

1-4. សូមឆ្លើយទៅនឹងសំណួរអំពីការគេងពេលវេនយប់ក្នុងរយៈពេលមួយខែកន្លងទៅនេះ។

- 1. តើលោកអ្នកចូលគេងនៅម៉ោងប៉ុន្មានដែរ? ( )ម៉ោង  
( )នាទី
- 2. តើលោកអ្នកចំណាយរយៈពេលប៉ុន្មានទើបគេងលក់? ( )ម៉ោង  
( )នាទី
- 3. តើលោកអ្នកភ្ញាក់ពីដំណេកនៅម៉ោងប៉ុន្មាន? ( )ម៉ោង  
( )នាទី
- 4. ជាក់ស្តែង តើលោកអ្នកដេកបានប៉ុន្មានម៉ោងដែរ? ( )ម៉ោង  
( )នាទី
- 5. តើលោកអ្នកគេងមិនលក់ដោយសារមូលហេតុខាងក្រោមនេះប៉ុន្មានដងដែរ?

	គ្មានទេ	តិចជាមួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ
ដេកមិនលក់អស់ពេល 30 នាទី	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្ញាក់ពីដំណេកនៅពេលយប់ជ្រៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ភ្ញាក់ទៅរកបន្ទប់ទឹក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ពិបាកដកដង្ហើននៅពេលដេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារស្រមុកឮខ្លាំងពេក ឬភ្លក់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មានអារម្មណ៍ថាត្រជាក់ខ្លាំងពេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មានអារម្មណ៍ថាត្រជុះខ្លាំងពេក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារសុបិន្តអាក្រក់ ឬសុបិន្តមិន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ដោយសារតែការឈឺចាប់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
មូលហេតុដទៃទៀត( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. តើលោកអ្នកគួរឲ្យពិន្ទុគុណភាពនៃដំណេករបស់អ្នកក្នុងមួយខែកន្លងមកយ៉ាងដូចម្តេច?

- ល្អណាស់     ជាទូទៅល្អ     ជាទូទៅមិនល្អ     អាក្រក់ណាស់

7.តើលោកអ្នកបានដឹកថ្នាំ(ជួយឲ្យគេងលក់)ដើម្បីឲ្យគេងលក់ក្នុងមួយខែកន្លងមកញឹកញាប់ប៉ុន្មានដែរ?

- គ្មានទេ    តិចជាងម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍    1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍    3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬច្រើនជាងនេះ



8. តើលោកអ្នកបានខំព្យាយាមឲ្យនៅដឹងខ្លួននៅពេលបើកបរ ឬញ៉ាំអាហារ ឬនៅពេលចូលរួមសកម្មភាពសង្គមក្នុងមួយខែកន្លង មកញឹកញាប់យ៉ាងដូចម្តេច?

- គ្មានទេ  តិចជាងម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍  1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍  3 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍

ឬច្រើនជាងនេះ

9. ការបំពេញការងាររបស់លោកអ្នកក្នុងមួយខែកន្លងមកមានការលំបាកយ៉ាងណាដែរ?

- គ្មានទេ  មិនលំបាក  លំបាកតិចតួច  លំបាកខ្លាំង

**វេនធ្វើការពេលយប់ – ជម្ងឺក្រពះពោះវៀន**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

\* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

\* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V

<p>1. នៅក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួនពេញ បន្ទាប់ពីបានទទួលទានអាហាររួច ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មានសោះ      <input type="checkbox"/> តិចជាងមួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/> មួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/> 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ</p> <p><input type="checkbox"/> មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍    <input type="checkbox"/> ច្រើនជាងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ      <input type="checkbox"/> ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ</p>
<p>2. តើអារម្មណ៍មិនស្រួលខ្លួនពេញបន្ទាប់ពីញ៉ាំរួច បានកើតមានឡើងលើសពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ                      <input type="checkbox"/> មែនហើយ</p>
<p>3. តើលោកអ្នកមិនអាចបញ្ចប់ការញ៉ាំអាហារក្នុងពេលបីខែកន្លងមកហើយ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មានទេ      <input type="checkbox"/> តិចជាងម្តងថ្ងៃក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/> មួយដងក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/> 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍    <input type="checkbox"/> ច្រើនជាងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ    <input type="checkbox"/> ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ</p>
<p>4. តើរោគសញ្ញាដែលមិនអាចបញ្ចប់ការញ៉ាំអាហារបានចាប់ផ្តើមតាំងពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ                      <input type="checkbox"/> មែនហើយ</p>
<p>5. តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ឈឺ ឬរលាកនៅក្នុងពោះរបស់អ្នក(មិនមែនទ្រូង ប៉ុន្តែលើរន្ធផ្ចិត) ក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?</p> <p><input type="checkbox"/> គ្មានទេ    <input type="checkbox"/> តិចជាងមួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/> មួយថ្ងៃក្នុងមួយខែ    <input type="checkbox"/> 2-3 ថ្ងៃក្នុងមួយខែ</p> <p><input type="checkbox"/> មួយដងក្នុងមួយសប្តាហ៍    <input type="checkbox"/> លើសពីពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ      <input type="checkbox"/> ស្ទើររាល់ថ្ងៃ</p>
<p>6. តើការឈឺក្រពះ ឬរោគសញ្ញារលាកបានចាប់ផ្តើមលើងពីប្រាំមួយខែមកហើយមែនឬទេ?</p> <p><input type="checkbox"/> ទេ                      <input type="checkbox"/> មែនហើយ</p>

**វេនធ្វើការពេលយប់ – ជម្ងឺមហារីកដោះ**

ក្រុមហ៊ុន:

ឈ្មោះ:

\* សូមសរសេររៀបរាប់នូវជម្ងឺទាំងឡាយដែលអ្នកមានកាលពីអតីតកាល

\* សូមអាននូវសំណួរខាងក្រោមនេះ និងបញ្ជាក់នូវចម្លើយដែលសមស្របបំផុតដោយសញ្ញា V ។

<p>1. តើអ្នកធ្វើការពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យដោយខ្លួនឯងរកជម្ងឺមហារីកដោះក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងទៅ ញឹកញាប់យ៉ាងណាដែរ?</p> <p> <input type="checkbox"/> មិនដែលទេ                              <input type="checkbox"/> តិចជាងមួយម្តងរៀងរាល់ប្រាំមួយខែ                              <input type="checkbox"/> ម្តងរៀងរាល់ 3-6 ខែ  <input type="checkbox"/> ម្តងរៀងរាល់ 1-2 ខែ                              <input type="checkbox"/> លើសពីពីរដងក្នុងមួយខែ       </p> <p>2. សូមបញ្ជាក់នូវរាល់រោគសញ្ញាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។</p> <p> <input type="checkbox"/> ខ្ញុំស្លាប់ទៅមានដុំពកមួយនៅក្នុងដោះរបស់ខ្ញុំ។  <input type="checkbox"/> មានសារធាតុបញ្ចេញពីក្បាលដោះ។  <input type="checkbox"/> ក្បាលដោះរបស់ខ្ញុំប្រេះបែក ឬខូចផុត។  <input type="checkbox"/> គ្មានរោគសញ្ញាអ្វីទេ។       </p> <p>3. តើអ្នកមានបានឲ្យគេឆ្លុះដោះដោយការស្និទ្ធិ ឬការឆ្លុះដងខ្លួនដោយប្រើរលកសម្លេងក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមកហើយ ដែរឬទេ?</p> <p> <input type="checkbox"/> គ្មានទេ                              <input type="checkbox"/> មាន       </p>
--