



ទម្រង់ចុះឈ្មោះ

ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: _____

ឈ្មោះ

នាមកណ្តាល

នាមត្រកូល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ **ភេទ** ប្រុស ☐ ស្រី ☐ **លេខសូសល #:** _____

អាសយដ្ឋានផ្ទះ: _____ **ទីក្រុង** _____ **រដ្ឋ** _____

លេខកូដតំបន់: _____ **ទូរស័ព្ទផ្ទះ:** _____ **ទូរស័ព្ទដៃ:** _____

ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: _____

តើអ្នកចង់ទទួលសារជាសំឡេងឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ កុំទុកសារជាសំឡេង

តើអ្នកចង់ទទួលសារជាអក្សរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស យល់ព្រមទទួលសារពី CMWC USA. សូម
ឆ្លើយតបថា STOP ដើម្បីមិនចង់ឆ្លើយ, ឆ្លើយតបថា HELP; អត្រា
សារ និង ទិន្នន័យត្រូវបានអនុវត្ត, ការផ្ញើសារជាញឹកអាចប្រែប្រួល
☐ ទេ កុំទុកសារជាអក្សរ

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល: _____

មជ្ឈមណ្ឌលសុខុមាលភាពវេជ្ជសាស្ត្រសហគមន៍ គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់សហព័ន្ធ ហើយត្រូវបានទាមទារដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រអំពីអ្នកទាំងអស់គ្នាដែលទទួលសេវាកម្មនៅ CMWC ។ នៅពេលអ្នកចែករំលែកព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្ររបស់អ្នក វាត្រូវបានរក្សាទុកជាការសម្ងាត់។ វានឹងជួយយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន និងអនុញ្ញាតឱ្យយើងរក្សានូវប្រាក់មូលនិធិដើម្បីផ្តល់ជូនសេវាកម្មថែទាំសុខភាពសំខាន់ៗ។

1. ពូជសាសន៍ (គូសទាំងអស់នូវអ្វីដែលត្រូវនឹងអ្នក)

☐ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/អាឡាស្កា

☐ ជនជាតិអាស៊ី

☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក

☐ ផ្សេងទៀត _____



☐ បដិសេធក្នុងការបញ្ជាក់

☐ ជនជាតិភូមា

☐ ជនជាតិកម្ពុជា/ខ្មែរ

☐ ជនជាតិម៉ុង

☐ ជនជាតិឡាវ

☐ ជនជាតិដើមហាវី

☐ អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

☐ ជនជាតិថៃ

☐ ជនជាតិស្បែកស

☐ ជនជាតិផ្សេងទៀត _____

☐ បដិសេធក្នុងការបញ្ជាក់

2. ជាតិសាសន៍(ជ្រើសរើសមួយ)

តើអ្នកជាជនជាតិអស្ចារ្យ ឬទ្បាទីនមែនទេ?

☐ បាទ / ចាស ☐ ទេ

☐ អាមេរិកកណ្តាល

☐ គុយបា

☐ ម៉ិកស៊ិកូ

☐ ព័រតូរីកា

☐ សាលវ៉ាដ័រ

3. ភាសាវិទ្យាណៈ _____

4. តើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មអ្នកបកប្រែទេ?

☐ បាទ ចាស ☐ ទេ

5. តើអ្នកជាអតីតទាហ៊ានចាស់ដែរឬទេ?

☐ បាទ ចាស ☐ ទេ

6. តើអ្នកជាពលករចំណាកស្រុក ឬកសិករតាមរដូវកាលឬទេ?

☐ បាទ ចាស ☐ ទេ

7. អាទបច្ចុប្បន្ន

☐ ប្រុស ☐ ស្រី

☐ ប្អូនភេទ (ពីប្រុសទៅស្រី) ☐ ប្អូនភេទ (ពីស្រីទៅប្រុស)

8. តើអ្នកគិតថាខ្លួនឯងជា៖(គូសមួយ)

☐ ភេទត្រង់ ឬ មនុស្សស្រឡាញ់ភេទផ្សេងគ្នា ☐ មនុស្សស្រឡាញ់ពីរភេទ

☐ ខ្មើយស្រី ឬ ខ្មើយប្រុស

☐ ផ្សេងទៀត _____

☐ ជ្រើសរើសមិនបង្ហាញ

9. ស្ថានភាពរស់នៅបច្ចុប្បន្ន៖

☐ ផ្ទះ/អាជ្ញាធរមិន ☐ ទីជម្រក ☐ រស់នៅតាមដងផ្លូវ/បោះត្រង់

☐ ផ្ទះសំរាប់អ្នកគ្មានផ្ទះ រស់នៅបណ្តោះអាសន្ន ☐ ផ្ទះចែកបន្ទប់គ្នារស់នៅ

(រស់នៅជាមួយមិត្តភក្តិឬក្រុមគ្រួសារ) ☐ ផ្សេងទៀត



ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ

តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែរទេ? ☐បាទ ☐ទេ

ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង៖ _____ តើមានសមាជិកគ្រួសារប៉ុន្មាននាក់នៅក្នុងផ្ទះ? _____

ប្រាក់ចំណូលសរុបក្នុងក្រុមគ្រួសារ — រួមមានប្រាក់សន្តិសុខសង្គម/ប្រាក់ពិការភាព/ប្រាក់បានពីអត្ថប្រយោជន៍នៃការអត់ការងារធ្វើ, ប្រាក់បានមកពីការឧបត្ថម្ភកុមារ, ប្រាក់ដែលអោយទៅប្រពន្ធ ឬប្តីក្រោយពេលលែងលះ, ជាដើម ដែលបានទទួល៖

មិនអាចមានប្រាក់ចំណូល \$0 — ត្រូវតែរាយការណ៍ពីរបៀបដែលអ្នករស់នៅចិញ្ចឹមខ្លួនអ្នក៖

\$ _____ (ជ្រើសរើសមួយ) ប្រចាំសប្តាហ៍/រៀងរាល់ពីរសប្តាហ៍ម្តង/ប្រចាំខែ/ប្រចាំឆ្នាំ

ព័ត៌មានសំរាប់ទំនាក់ទំនងបន្ទាន់

ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនង _____ ទូរស័ព្ទលេខ៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកជំងឺជាអតិថិជន៖ សូមរាយឈ្មោះឪពុកម្តាយដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះកូននេះ។

ឈ្មោះ៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ ☐ឪពុកម្តាយ ☐ អាណាព្យាបាល

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលបានធ្វើនៅទីនេះគឺពិត និងត្រឹមត្រូវតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

X _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ/អ្នកទទួលខុសត្រូវ

កាលបរិច្ឆេទ

សម្រាប់ការិយាល័យប្រឹក្សាប៉ុណ្ណោះ

គ្លីនិកផ្ទះ៖ _____ ទិន្នន័យបញ្ចូលដោយ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____