

បញ្ជីសំណួរពិនិត្យសុខភាពកុមារ (សម្រាប់អាយុ 66-71 ខែ)

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ		លេខទូរស័ព្ទអាណាព្យាបាល	
ឈ្មោះអាណាព្យាបាល		ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកចូលរួម		អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	

គោលបំណងនៃការពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ទារកគឺដើម្បីពិនិត្យមើលការលូតលាស់និងការវិវត្តន៍ធម្មតារបស់ពួកគេជាជាងស្វែងរកមើលជំងឺជាក់លាក់។
តើលោកអ្នកយល់ដឹងអំពីគោលបំណងនៃការពិនិត្យនេះឬទេ?

បាទ/ចាស៍ □ ទេ □

1. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារ៖ _____ ឆ្នាំ _____ ខែ _____ ថ្ងៃ _____ 2. ទម្ងន់ពេលកើត៖ ■.■ kg (វិកលឡើងឲ្យដល់ចំនួនគត់)
3. សូមពិនិត្យការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរហូតមកដល់ពេលនេះ។) សូមចង្អុលបង្ហាញពីភាពញឹកញាប់នៅក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។

	BCG	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រភេទ B	DPT	ជំងឺស្លឹតដៃជើង	រោគរលាកស្បែក	រោគរលាក ស្រោមខួរ	ជំងឺកញ្ជ្រៀល ក្រឡ នៃន កញ្ជ្រៀលអាឡឺម៉ង់	អុតស្វាយ	ជំងឺរលាកខួរក្បាល (Japanese encephalitis
ចំនួនដែលបាន ចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង									

4. តើទារករបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានបញ្ហាលូតលាស់ឬ តើគាត់មានជំងឺដែលបច្ចុប្បន្នកំពុងព្យាបាលឬ ? ① បាទ ចាស៍/② ទេ
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា “ បាទ/ចាស៍ ” តើ “ រោគវិនិច្ឆ័យរកឃើញអ្វី? ” _____



ចតុញ្ញាណ

បាទចា/
ស៍① ទេ②

1	តើប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកហាក់បីដូចជាស្ថិតនៅទីតាំងចម្លែកដែរឬទេ?	① ②
2	តើទារកងាកក្បាល ឬងាកទៅម្ខាងដើម្បីមើលទៅមុខ (វត្ថុនៅមុខគាត់) ឬតើគាត់មើលដោយទ្រុឌក្បាល?	① ②
3	តើកូនរបស់អ្នកអាចសៀវភៅ/មើលទូរទស្សន៍/មើលតុល្លាចម្ងាយជិត ឬប្រើភ្នែកមើលដែរឬទេ?	① ②
4	តើកម្រិតចតុញ្ញាណនៃកូននីមួយៗរបស់អ្នកហាក់បីដូចជាខុសគ្នាដែរឬទេ នៅពេលប្រៀបធៀបភ្នែកនីមួយៗ នៅពេលអ្នកឲ្យគាត់មើលដោយប៉ងភ្នែកម្ខាង?	① ②



សោតញ្ញាណ

បាទចាស៍/① ទេ②

1	តើកូនអាចប្រកបស្រួល និងព្យញ្ជនៈបានត្រឹមត្រូវដែរឬទេ?	① ②
2	តើកូនយល់ច្បាស់ដែរឬទេ នៅពេលដែលគេប្រាប់ឡើងវិញ?	① ②
3	តើកូនទំនាក់ទំនងផ្ទាល់មាត់ជាមួយនិងអ្នកដទៃបានងាយស្រួលដែរឬទេ?	① ②
4	តើកូនអាចនិយាយឡើងវិញនូវអ្វីដែល មនុស្សពេញវ័យបាននិយាយដែរឬទេ?	① ②
5	តើមានសាច់ញាតិ ឬមិត្តភក្តិម្នាក់ដែលមានបញ្ហាស្តាប់ ចាប់តាំងពីកុមារភាពដែរឬទេ?	① ②



ការអប់រំបង្គោលគ្រោះថ្នាក់

បាទចាស៍/① ទេ②

1	តើកូនរបស់អ្នកតែងតែពាក់មួក និងគ្រឿងបរិក្ខារការពារ នៅពេលជិះកង់ជិះស្ទូ ។ល។?	① ②
2	តើកូនធ្លាប់ឆ្លងកាត់ផ្លូវតែងដែរឬទេ?	① ②
3	តើអ្នក ដាក់កូនរបស់អ្នកក្នុងកៅអីក្រុង ហើយដាក់ខ្សែក្រវ៉ាត់ នៅពេលដែលអ្នកដឹកគាត់ក្នុងរថយន្ត? (ប្រសិនបើអ្នកមិនមានរថយន្ត ③)	① ② ③
4	តើកូនដឹងលេខទូរស័ព្ទដើម្បីរាយការណ៍ទេ ក្នុងករណីមានគ្រោះអគ្គិភ័យ?	① ②
5	តើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យកូនលេងនៅទីធ្លា តែម្នាក់ឯង ដើម្បីអ្នកអាចធ្វើសកម្មភាពផ្សេងទៀតដែរឬទេ?	① ②



ការអប់រំបង្គោលគ្រោះថ្នាក់

បាទចាស៍/① ទេ②

1	តើកូនអាចបែងចែកឥរិយាបថល្អ និងអាក្រក់ដោយខ្លួនឯងដែរឬទេ?	① ②
2	តើកូនអាចចងចាំអ្វីដែលគាត់ចង់ធ្វើ បរិភោគ និងមានដែរឬទេ?	① ②
3	តើកូនលេងជាមួយក្មេងដទៃទៀតបានដែរឬទេ? ឧទាហរណ៍ : តើកូនអាច សម្រុះសម្រួល នៅពេលដែលលេងជាមួយមិត្តភក្តិ (វិបស័ខន៍ដែរឬទេ)	① ②
4	តើកូនអាចអង្គុយនៅមួយកន្លែងក្នុងអំឡុងពេលមេរៀននៅទារកដ្ឋាន ឬសាលាមត្តេយ្យដែរឬទេ?	① ②
5	តើកូនអាចអោយធ្វើតាមការណែនាំរបស់មនុស្សពេញវ័យ និងវិន័យ ដែលឱ្យកុមារ ឬគ្រូបង្រៀនកំណត់ដែរឬទេ?	① ②
6	តើលំបាកក្នុងការបំបែកកូនពីមិត្តភក្តិម្នាក់ នៅពេលទៅសាលាមត្តេយ្យដែរឬទេ?	① ②
7	តើកូនអាចចាត់ចែងទៅបង្គន់ដោយខ្លួនឯងដែរឬទេ?	① ②
8	តើកូនអាចសុំជំនួយពីអ្នកផ្សេងទៀត នៅពេលចាំបាច់ដែរឬទេ?	① ②
9	តើកុមារគេង និងភ្ញាក់ពីគេងជាប្រចាំដែរឬទេ?	① ②



ការអប់រំពីអាហារូបត្ថម្ភ

1	តើកូនបរិភោគអាហារពេលព្រឹកដែរឬទេ ? ① បាទ ចាស៍/② មិនរាល់ថ្ងៃទេ ប៉ុន្តែជាទូទៅ ③ ទេ	① ② ③
2	តើគ្រួសារបរិភោគអាហារល្អិតប៉ុន្មានដងក្នុង មួយសប្តាហ៍ ? ① 2-1 ដង ② 4-3 ដង ③ លើសពី 5 ដង	① ② ③
3	តើកូន បរិភោគផលិតផលទឹកដោះគោដែលមានជាតិកាល់ស្យូម (។ល។ ឈើស ទឹកដោះគោផ្លែធម្មតា ទឹកដោះគោ ដូចជា) ញឹកញាប់ដែរឬទេ ? ① បាទ/ចាស៍ ② ទេ	① ②
4	តើកូនបរិភោគអាហារសម្រន់នៅពេលណា? ① គាត់មិនបរិភោគអាហារសម្រន់ទេ។ ② ក្នុងចន្លោះពេលអាហារ ③ មុនពេលចូលគេងឬយំជ្រៅ ④ នៅពេលណាក៏ដោយដែលគាត់ចង់បរិភោគ	① ② ③ ④
5	តើអាហារប្រភេទអ្វីដែលគាត់បរិភោគជាអាហារសម្រន់? សូមគូសយកលេខទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។ ① ភេសជ្ជៈបន្លែមជាតិស្ករ (។ល។ ភេសជ្ជៈកុមារ ភេសជ្ជៈបំប៉នម្ខាង ភេសជ្ជៈ ឧទាហរណ៍) ② អាហារមានជាតិខ្លាញ់ ផ្អែម (។ល។ អាហារចម្អិនជាមុន អាហារឆ្អិនស្រាប់ ឧទាហរណ៍) ឬប្រែ ③ មិនពាក់ព័ន្ធ	① ②
6	តើកូនរបស់អ្នកធ្វើសកម្មភាពរាងកាយខ្លាំង លេង ហាត់ប្រាណ (។ល។ ជាង 1 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃដែរឬទេ? ① បាទ/ចាស៍ ② ទេ	① ②

* ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពលើសពីចំនួនដែលបានកំណត់ទុកជាមុននោះ ចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងត្រូវកាត់ចេញពីអ្នកជា ចំណាយមិនត្រឹមត្រូវ។