

បញ្ជីសំណួរពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់កុមារ (សម្រាប់អាយុ 18-24 ខែ)

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ		លេខទូរស័ព្ទអាណាព្យាបាល	
ឈ្មោះអាណាព្យាបាល		ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកចូលរួម		អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	

គោលបំណងនៃការពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ទារក គឺដើម្បីពិនិត្យមើលការលូតលាស់ និងការវិវត្តន៍ធម្មតារបស់ពួកគេជាដាច់ខាតការស្វែងរកមើលជំងឺជាក់លាក់។ តើលោកអ្នកយល់ដឹងអំពីគោលបំណងនៃការពិនិត្យសុខភាពឬទេ?

បាទ/ចាស ១ ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧ ៨ ៩ ១០ ១១ ១២ ១៣ ១៤ ១៥ ១៦ ១៧ ១៨ ១៩ ២០ ២១ ២២ ២៣ ២៤ ២៥ ២៦ ២៧ ២៨ ២៩ ៣០ ៣១ ៣២ ៣៣ ៣៤ ៣៥ ៣៦ ៣៧ ៣៨ ៣៩ ៤០ ៤១ ៤២ ៤៣ ៤៤ ៤៥ ៤៦ ៤៧ ៤៨ ៤៩ ៥០ ៥១ ៥២ ៥៣ ៥៤ ៥៥ ៥៦ ៥៧ ៥៨ ៥៩ ៦០ ៦១ ៦២ ៦៣ ៦៤ ៦៥ ៦៦ ៦៧ ៦៨ ៦៩ ៧០ ៧១ ៧២ ៧៣ ៧៤ ៧៥ ៧៦ ៧៧ ៧៨ ៧៩ ៨០ ៨១ ៨២ ៨៣ ៨៤ ៨៥ ៨៦ ៨៧ ៨៨ ៨៩ ៩០ ៩១ ៩២ ៩៣ ៩៤ ៩៥ ៩៦ ៩៧ ៩៨ ៩៩ ១០០

1. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់កុមារ៖ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ \_\_\_\_\_ ខែ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ \_\_\_\_\_

2. ទម្ងន់ពេលកើត៖ ■.■ kg (វិកលឡើងឲ្យដល់ចំនួនគត់)

3. តើទារកកើតមុនកំណត់ឬ? ① បាទ/ចាស (៖ កាលបរិច្ឆេទសម្រាលកូនដែលរំពឹងទុក? \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ \_\_\_\_\_ ខែ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ) ② ទេ

4. សូមពិនិត្យការចាក់ថ្នាំកំសាំងរហូតមកដល់ពេលនេះ។ (សូមចង្អុលបង្ហាញពីភាពញឹកញាប់នៅក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប)។

	BCG	ជំងឺរលាកថ្លើម ប្រភេទ B	DPT	ជំងឺស្លឹកដៃជើង	រោគរលាកស្លុត	រោគរលាកស្រោមខួរ	ជំងឺកញ្ជ្រិល ក្រឡ ទំណក់ប្រព្រឹល អា ឡីម៉ង់	អុតស្វាយ	ជំងឺរលាកខួរក្បាល ( Japanese encephalitis)
ចំនួនដែល បានចាក់ថ្នាំ កំសាំង									

5. តើទារករបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានបញ្ហាលូតលាស់ ឬតើគាត់មានជំងឺដែលបច្ចុប្បន្នកំពុងព្យាបាលឬ? ① បាទ/ចាស ② ទេ  
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" តើរោគវិនិច្ឆ័យរកឃើញអ្វី? \_\_\_\_\_

ចក្ខុញ្ញាណ

បាទ/ចាស① ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧ ៨ ៩ ១០ ១១ ១២ ១៣ ១៤ ១៥ ១៦ ១៧ ១៨ ១៩ ២០ ២១ ២២ ២៣ ២៤ ២៥ ២៦ ២៧ ២៨ ២៩ ៣០ ៣១ ៣២ ៣៣ ៣៤ ៣៥ ៣៦ ៣៧ ៣៨ ៣៩ ៤០ ៤១ ៤២ ៤៣ ៤៤ ៤៥ ៤៦ ៤៧ ៤៨ ៤៩ ៥០ ៥១ ៥២ ៥៣ ៥៤ ៥៥ ៥៦ ៥៧ ៥៨ ៥៩ ៦០ ៦១ ៦២ ៦៣ ៦៤ ៦៥ ៦៦ ៦៧ ៦៨ ៦៩ ៧០ ៧១ ៧២ ៧៣ ៧៤ ៧៥ ៧៦ ៧៧ ៧៨ ៧៩ ៨០ ៨១ ៨២ ៨៣ ៨៤ ៨៥ ៨៦ ៨៧ ៨៨ ៨៩ ៩០ ៩១ ៩២ ៩៣ ៩៤ ៩៥ ៩៦ ៩៧ ៩៨ ៩៩ ១០០

1	តើទារករបស់អ្នកពិបាកក្នុងការមើលផ្ទាល់ភ្នែក ឬតើប្រស្រីភ្នែករបស់គាត់ចុះខ្សោយ?	① ②
2	តើប្រសិប្បភ្នែករបស់អ្នកមិនច្បាស់ឬ?	① ②
3	តើទារកបង្វិល ឬបែកក្បាលមើលមុខ (វត្ថុនៅពីមុខគាត់/នាង) ដោយសម្លឹងទៅខាងដៃឬទេ?	① ②
4	តើកូនរបស់អ្នកអាចសៀវភៅ/មើលទូរទស្សន៍/មើលវត្ថុក្នុងចម្ងាយជិត ឬប្រើភ្នែកមើលដៃឬទេ?	① ②

ការអប់រំបង្ការគ្រោះថ្នាក់

បាទ/ចាស① ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧ ៨ ៩ ១០ ១១ ១២ ១៣ ១៤ ១៥ ១៦ ១៧ ១៨ ១៩ ២០ ២១ ២២ ២៣ ២៤ ២៥ ២៦ ២៧ ២៨ ២៩ ៣០ ៣១ ៣២ ៣៣ ៣៤ ៣៥ ៣៦ ៣៧ ៣៨ ៣៩ ៤០ ៤១ ៤២ ៤៣ ៤៤ ៤៥ ៤៦ ៤៧ ៤៨ ៤៩ ៥០ ៥១ ៥២ ៥៣ ៥៤ ៥៥ ៥៦ ៥៧ ៥៨ ៥៩ ៦០ ៦១ ៦២ ៦៣ ៦៤ ៦៥ ៦៦ ៦៧ ៦៨ ៦៩ ៧០ ៧១ ៧២ ៧៣ ៧៤ ៧៥ ៧៦ ៧៧ ៧៨ ៧៩ ៨០ ៨១ ៨២ ៨៣ ៨៤ ៨៥ ៨៦ ៨៧ ៨៨ ៨៩ ៩០ ៩១ ៩២ ៩៣ ៩៤ ៩៥ ៩៦ ៩៧ ៩៨ ៩៩ ១០០

1	តើអ្នកទុកថ្នាំ សារធាតុគីមី (អូសាប៊ី សាប៊ូ ។ល។) និងវត្ថុមុតស្រួចផុតពីដៃក្មេងដៃឬទេ?	① ②
2	តើអ្នកដាក់គ្រឿងនៅឆ្ងាយពីបង្អួច ឬក្នុងនឹងដៃឬទេ?	① ②
3	តើអ្នកប្រុងទុកនូវធនធានបរិស្ថានប្រើប្រាស់ប្រចាំថ្ងៃ ដើម្បីឲ្យផុតពីដៃទារកដៃឬទេ?	① ②
4	តើអ្នកធ្លាប់ទុកទារករបស់អ្នកអង្គុយតែម្នាក់ឯងនៅក្នុងអាងទឹកស្អាតតែមួយរំលែក ទីដៃ ឬទេ?	① ②
5	តើអ្នកដាក់កូនអង្គុយក្នុងរថយន្តយ៉ាងដូចម្តេច? ① ការប្រើប្រាស់កៅអីរថយន្ត ② ប្រើប្រាស់កៅអីកុមារ ③ ដោយដាក់ខ្សែក្រវាត់ ④ គ្រាន់តែអង្គុយ គ្មានគ្រឿងបរិក្ខារណាមួយទេ	① ② ③ ④

សោតញ្ញាណ

បាទ/ចាស① ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧ ៨ ៩ ១០ ១១ ១២ ១៣ ១៤ ១៥ ១៦ ១៧ ១៨ ១៩ ២០ ២១ ២២ ២៣ ២៤ ២៥ ២៦ ២៧ ២៨ ២៩ ៣០ ៣១ ៣២ ៣៣ ៣៤ ៣៥ ៣៦ ៣៧ ៣៨ ៣៩ ៤០ ៤១ ៤២ ៤៣ ៤៤ ៤៥ ៤៦ ៤៧ ៤៨ ៤៩ ៥០ ៥១ ៥២ ៥៣ ៥៤ ៥៥ ៥៦ ៥៧ ៥៨ ៥៩ ៦០ ៦១ ៦២ ៦៣ ៦៤ ៦៥ ៦៦ ៦៧ ៦៨ ៦៩ ៧០ ៧១ ៧២ ៧៣ ៧៤ ៧៥ ៧៦ ៧៧ ៧៨ ៧៩ ៨០ ៨១ ៨២ ៨៣ ៨៤ ៨៥ ៨៦ ៨៧ ៨៨ ៨៩ ៩០ ៩១ ៩២ ៩៣ ៩៤ ៩៥ ៩៦ ៩៧ ៩៨ ៩៩ ១០០

ការអប់រំពីអាហារូបត្ថម្ភ

បាទ/ចាស① ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧ ៨ ៩ ១០ ១១ ១២ ១៣ ១៤ ១៥ ១៦ ១៧ ១៨ ១៩ ២០ ២១ ២២ ២៣ ២៤ ២៥ ២៦ ២៧ ២៨ ២៩ ៣០ ៣១ ៣២ ៣៣ ៣៤ ៣៥ ៣៦ ៣៧ ៣៨ ៣៩ ៤០ ៤១ ៤២ ៤៣ ៤៤ ៤៥ ៤៦ ៤៧ ៤៨ ៤៩ ៥០ ៥១ ៥២ ៥៣ ៥៤ ៥៥ ៥៦ ៥៧ ៥៨ ៥៩ ៦០ ៦១ ៦២ ៦៣ ៦៤ ៦៥ ៦៦ ៦៧ ៦៨ ៦៩ ៧០ ៧១ ៧២ ៧៣ ៧៤ ៧៥ ៧៦ ៧៧ ៧៨ ៧៩ ៨០ ៨១ ៨២ ៨៣ ៨៤ ៨៥ ៨៦ ៨៧ ៨៨ ៨៩ ៩០ ៩១ ៩២ ៩៣ ៩៤ ៩៥ ៩៦ ៩៧ ៩៨ ៩៩ ១០០

1	តើកុមារមានអាហារជាប្រចាំនៅកន្លែងជាក់លាក់ និងនៅពេលវេលាជាក់លាក់ដៃឬទេ?	① បាទ/ចាស ② ទេ	① ②
2	តើកុមារប្រើប្រាស់ដបបោសដៃដៃឬទេ?	① បាទ/ចាស ② ទេ	① ②
3	តើអ្នកចង់ឱ្យកុមារកុមារដោយរបៀបណា? ① ប្រើប្រាស់បរិមាណអំបិលដូចក្នុងអាហារសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ② ប្រើប្រាស់អំបិលតិចជាងអាហារសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ③ កុំប្រើអំបិលទាល់តែសោះ		① ② ③
4	តើកុមារផឹកទឹកឆ្អែឈើ ឬភេសជ្ជៈជាតិស្ករឬន្ទាត់ (ដូចជា ភេសជ្ជៈ ភេសជ្ជៈប្លាស្ទិក ភេសជ្ជៈកុមារ ។ល។) ក្នុងមួយថ្ងៃ? ① តិចជាង 200 mL (មួយពែងពេញ) ② 200-499 mL ③ លើស 500 mL		① ② ③
5	តើអ្នកឲ្យអាហារប្រភេទអ្វីខ្លះដល់កុមារក្នុងអំឡុងមួយថ្ងៃ? (សូមគូសយកលេខទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។) ① គ្រាប់ធញ្ញជាតិ ② បន្លែ ③ ផ្លែឈើ ④ សាច់/ត្រី/ស្រូវ/សណ្តែក ⑤ ទឹកដោះគោ និងផលិតផលពីទឹកដោះគោ ⑥ ផ្សេងទៀត		① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6	តើកុមារមានប្រតិកម្មយ៉ាងដូចម្តេច ពេលអ្នកបញ្ជូនគាត់? ① គាត់ញ៉ាំអាហារអ្វីក៏ដោយបានល្អ និងកម្រិតដៃឬទេ។ ② គាត់ញ៉ាំអាហារតែ 1 ឬ 2 មុខដែលគាត់ចង់ញ៉ាំ។ ③ គាត់មិនបរិភោគអាហារញ៉ាំទេ ឬប៉ុន្មានតិច។ ④ គាត់ស្ងប់ស្ងាត់ដែលគាត់ត្រូវព្យាបាល។ ⑤ គាត់មិនចាប់អារម្មណ៍លើអាហារទេ។		① ② ③ ④ ⑤
7	តើអ្នករីករាយចែករំលែកអាហារជាមួយកូនអ្នកដៃឬទេ?	① បាទ/ចាស ② ទេ	① ②
8	តើអ្នកផ្តល់ថ្នាំបំប៉នដល់កូនក្រៅពីអាហារដៃឬទេ? (ដូចជា វីតាមីន ជាតិប៊ី អតិសុខុមប្រាណ យ៉ិនសិនក្រហម ។ល។) ① បាទ/ចាស ② ទេ		① ②

៖ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពលើសពីចំនួនដែលបានកំណត់ទុកជាមុននោះ ចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងត្រូវកាត់ចេញពីអ្នក ជាចំណាយមិនត្រឹមត្រូវ

1	តើទារកអាចបែងចែកសំឡេងកម្រិតធម្មតាពីគ្រប់ទិសដៅដៃឬទេ?	① ②
2	តើទារកយល់ និងឆ្លើយតបនឹងសំណួរបាទ/ចាស/ទេ ដូចជា "អូនឃ្លានទេ?" ឬ "តើអូនចង់នោមទេ?"	① ②
3	តើទារកអាចនិយាយឈ្មោះខ្លួនទេ (ធ្វើបើកមិនត្រឹមត្រូវក៏ដោយ)?	① ②
4	តើទារកអាចកើតឡើងបញ្ហាប្រតិបត្តិការសៀវភៅ ពេលដែលអ្នកប្រាប់ចំណងជើងដៃឬទេ?	① ②
5	តើទារកយល់ នៅពេលឮសំឡេងណែនាំធម្មតាដៃឬទេ (ឲ្យតែងមកខ្ញុំ យកបាល់មក ។ល។)?	① ②

ការបង្ហាត់នៅបង្គន់ទឹក

បាទ/ចាស① ២ ៣ ៤ ៥ ៦ ៧ ៨ ៩ ១០ ១១ ១២ ១៣ ១៤ ១៥ ១៦ ១៧ ១៨ ១៩ ២០ ២១ ២២ ២៣ ២៤ ២៥ ២៦ ២៧ ២៨ ២៩ ៣០ ៣១ ៣២ ៣៣ ៣៤ ៣៥ ៣៦ ៣៧ ៣៨ ៣៩ ៤០ ៤១ ៤២ ៤៣ ៤៤ ៤៥ ៤៦ ៤៧ ៤៨ ៤៩ ៥០ ៥១ ៥២ ៥៣ ៥៤ ៥៥ ៥៦ ៥៧ ៥៨ ៥៩ ៦០ ៦១ ៦២ ៦៣ ៦៤ ៦៥ ៦៦ ៦៧ ៦៨ ៦៩ ៧០ ៧១ ៧២ ៧៣ ៧៤ ៧៥ ៧៦ ៧៧ ៧៨ ៧៩ ៨០ ៨១ ៨២ ៨៣ ៨៤ ៨៥ ៨៦ ៨៧ ៨៨ ៨៩ ៩០ ៩១ ៩២ ៩៣ ៩៤ ៩៥ ៩៦ ៩៧ ៩៨ ៩៩ ១០០

1	តើរយៈពេលដែលទារកនោមមានរយៈពេលយូរជាងមុនដៃឬទេ? (ប្រហែល 2 ម៉ោង)	① ②
2	តើកុមារអាចស្រាតខោដោយខ្លួនឯងដៃឬទេ?	① ②
3	តើកុមារអាចយល់ ឬនិយាយពាក្យទាក់ទងនឹងការបត់ដើងធំ និងបត់ដើងតូច (poopy, pee ។ល។) ដៃឬទេ?	① ②
4	តើកុមារបង្ហាញការចាប់អារម្មណ៍លើបង្គន់ក្មេងបត់ដើងដៃឬទេ?	① ②
5	តើកុមារបន្ទោបង់រលូន និងជាប្រចាំដៃឬទេ?	① ②
6	តើអ្នកធ្លាប់បង្ហាត់ឲ្យប្រើបង្គន់ដៃឬទេ?	① ②