



អ្នកទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះដោយសារអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO)។ គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកនឹងប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលចាំបាច់។

សូមជិតក្នុងប្រអប់សម្រាប់ចម្លើយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក។ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទមួយសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយយើង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ **1-888-361-7526 (TTY: 711)**។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់។ សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចក្នុងស្រោមសំបុត្រដែលសរសេរឈ្មោះអាសយដ្ឋានផ្ទាល់ខ្លួន និងបិទតែមប្រៃសណីយ៍រួចត្រឡប់ទៅកាន់៖

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ជូនចំពោះ៖ ផ្នែកគ្រប់គ្រង ករណី
7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

ការបំពេញប្រមូលបែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបដិសេធផ្តល់ការថែទាំដោយផ្អែកលើចម្លើយសម្ងាត់របស់អ្នកទេ។

លេខសម្គាល់ (ID) របស់សមាជិក៖.....

កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ៖..... ឈ្មោះសមាជិក៖.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖.....

អាសយដ្ឋានសមាជិក៖.....

ក្រុង៖..... រដ្ឋ៖..... លេខកូដតំបន់៖.....

1. តើអ្នកចង់ប្រើភាសាអ្វី?
- ☐ ភាសាអារ៉ាប់
 - ☐ ភាសាអាមេនេន
 - ☐ ភាសាចិន
 - ☐ ភាសាអង់គ្លេស
 - ☐ ភាសាហិណ្ឌូ
 - ☐ ភាសាម៉ុង
 - ☐ ភាសាជប៉ុន
 - ☐ ភាសាកូរ៉េ
 - ☐ ភាសាឡាវ
 - ☐ ភាសាមេន
 - ☐ ភាសាម៉ន-ខ្មែរ, កម្ពុជា
 - ☐ ភាសាពែក្ស
 - ☐ ភាសាពុនចាប៊ី
 - ☐ ភាសារុស្ស៊ី
 - ☐ ភាសាអេស្ប៉ាញ
 - ☐ ភាសាតេហ្គាលុ
 - ☐ ភាសាថៃ
 - ☐ ភាសាអ៊ុយក្រែន
 - ☐ ភាសាវៀតណាម
 - ☐ ផ្សេងទៀត

2. សូមជ្រើសរើសប្រភេទជាតិពន្ធដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណយ៉ាងជិតស្និទ្ធបំផុត៖
- ☐ ជនជាតិអេស្ប៉ាញ
 - ☐ មិនមែនជនជាតិអេស្ប៉ាញ
 - ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

3. សូមជ្រើសរើសប្រភេទ
ពូជសាសន៍ដែលអ្នកកំណត់
អត្តសញ្ញាណយ៉ាងជិតស្និទ្ធ
បំផុត៖

- ☐ ជនជាតិគណ្តាអាមេរិក
ឬជនជាតិអាឡាស្កាដើម
- ☐ ជនជាតិអាស៊ី
- ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែក
ខ្មៅ ឬជនជាតិអាហ្វ្រិក
អាមេរិក
- ☐ ជនជាតិហាវ៉ៃដើម ឬ
អ្នកនៅតាមកោះក្នុង
មហាសមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិក
ផ្សេងទៀត
- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ ពហុពូជសាសន៍
- ☐ ផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិន
ឆ្លើយ

4. តើអ្នកមានចំណង
ចំណូលចិត្ត ឬការពិចារណា
អ្វីដែលយើងគួរតែដឹង
ដែរឬទេ? សូមជ្រើសរើស
ជម្រើសទាំងអស់ដែល
ពាក់ព័ន្ធ។

- ☐ ឈ្មោះដែលចង់ប្រើ
- ☐ តម្រូវការខាងសាសនា/
ជំនឿ/វប្បធម៌ ឬ?
- ☐ ពិបាកក្នុងការស្តាប់
- ☐ បញ្ហាការមើលឃើញ
- ☐ ព័ត៌មានដែលត្រូវបាន
ផ្តល់ជូនម្រង់សម្រាប់
ជនពិការ (អក្សរពុម្ព
ធំ ស៊ីឌីសំឡេង ស៊ីឌី
ទិន្នន័យ ឬអក្សរស្នាប)
- ☐ គ្មាន
- ☐ ផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិន
ឆ្លើយ

5. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើ
រោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺ
ណាមួយខាងក្រោមនេះដែរ
ឬទេ?

- ☐ ជំងឺហឺត
- ☐ ជំងឺមហារីក (កំពុង
ទទួលបានការព្យាបាល
យ៉ាងសកម្ម)
ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ☐ សម្ពាធឈាមខ្ពស់
- ☐ ជំងឺខ្សោយបេះដូង
- ☐ ជំងឺដាច់សរសៃឈាម
ក្នុងខួរក្បាល
- ☐ ការយល់ដឹង (បញ្ហា
ពាក់ព័ន្ធនឹងការ
ចងចាំ ដូចជាជំងឺ
ភ្លេចភ្លាំង ឬជំងឺវង្វេង)
និង/ឬការលូតលាស់
មានកម្រិត
- ☐ វិបល្លាសទាក់ទង
នឹងឈាម (រួមមាន
ជំងឺខ្វះឈាមក្រហម
ជំងឺគ្រាប់ឈាម
ខុសប្រក្រតី ឬកង្វះ
កំណកឈាម)
- ☐ ជំងឺថ្លើម ដូចជាជំងឺ
ក្រិនថ្លើម ឬទៀចទឹក
- ☐ ជំងឺខូចតម្រងនោម/
រលាក/ជំងឺតម្រងនោម
ដំណាក់កាលចុងក្រោយ

- ☐ ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ
(ដូចជាជំងឺឆ្អាតជ្រូក
ស្បែកឡើងវិញច្រើន
កន្លែង)
- ☐ ខ្វះទម្ងន់/លើសទម្ងន់/
ជំងឺធាត់ផ្សេងទៀត
- ☐ COPD (ជំងឺស្ទះផ្លូវ
ដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ)
- ☐ ការប្តូរសរីរាង្គ
- ☐ ផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំពុំដែលត្រូវបានធ្វើ
រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាល
ចំពោះបញ្ហាសុខភាព
ណាមួយទេ

6. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះដែរ
ឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

7. បើបាទ/ចាស តើបច្ចុប្បន្ន
អ្នកកំពុងទៅជួប
វេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ការ
មានផ្ទៃពោះនេះដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

8. តើអ្នកមានការឈឺចាប់ណាមួយដែលរំខានដល់ជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

9. ក្នុងរយៈពេល 6 ខែកន្លងមកនេះ តើអ្នកបានទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ 1 ដង
- ☐ 2 ទៅ 5 ដង
- ☐ លើសពី 6 ដង
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

10. តើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ក្នុងករណីណាមួយខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?

- ☐ ការងូតទឹក
- ☐ ការឡើង ឬចុះជណ្តើរ
- ☐ ការបរិភោគ
- ☐ ការទទួលបានការថែទាំផ្ទៃក្នុង
- ☐ ការស្លៀកពាក់
- ☐ ការដុសផ្ទៃក្នុង ដុសសក់ កោរពុកមាត់
- ☐ ការធ្វើម្ហូប ឬចម្អិនអាហារ
- ☐ ការក្រោកឡើងពីគ្រែ ឬកៅអី
- ☐ ការទិញទំនិញ និងការទិញអាហារ
- ☐ ការប្រើប្រាស់បង្គន់
- ☐ ការដើរ
- ☐ ការលាងចាន ឬបោកគក់ សម្លៀកបំពាក់
- ☐ ការសរសេរ មូលប្បទានប័ត្រ ឬបន្តតាមដានសាច់ប្រាក់
- ☐ រកអ្វីជិះទៅវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទៅជួបមិត្តភក្តិ
- ☐ ការធ្វើការងារផ្ទះ ឬការងារក្នុងទីផ្លា

- ☐ ការចេញទៅលេងគ្រួសារ
ឬមិត្តភក្តិ
- ☐ ការប្រើប្រាស់ទូរសព្ទ
- ☐ ការបន្តតាមដាន
ការណាត់ជួប
- ☐ ទេ គ្មានផ្នែកណាមួយ
ក្នុងចំណោមនេះជាបញ្ហា
ទេ

11. បើបាន/ចាស តើអ្នកកំពុង
ទទួលបានជំនួយគ្រប់គ្រាន់
ដែលអ្នកត្រូវការសម្រាប់
សកម្មភាពទាំងនេះដែរ
ឬទេ?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

12. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុង
ការប្រើថ្នាំរបស់អ្នកទេ?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

13. តើថ្មីៗអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ
ថ្នាំនេះដែរឬទេ (ថ្នាំថ្មី ដូសថ្មី
ឈប់ប្រើថ្នាំណាមួយ។ល។)?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

14. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុង
ការបំពេញទម្រង់បែបបទ
សុខភាពទេ?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

15. តើអ្នកត្រូវការជំនួយ
ក្នុងការឆ្លើយសំណួរ
ក្នុងអំឡុងពេលទៅជួប
វេជ្ជបណ្ឌិតដែរឬទេ?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

16. តើអ្នកមានធ្លាប់ដួល
កាលពីខែមុនទេ?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ

17. តើអ្នកភ័យខ្លាចការដួល
ទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

18. តើបច្ចុប្បន្នអ្នកបាន
ចុះឈ្មោះ ដើម្បីទទួល
សេវាកម្ម ឬធនធាន
ណាមួយតាមរយៈសហគមន៍
ខោនធី ឬរដ្ឋដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

19. តើអ្នកកំពុងទទួលបាន
សេវាកម្មទាំងអស់ដែលអ្នក
គួរតែទទួលបានទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

20a. តើអ្នកនឹងពណ៌នាអំពី
ស្ថានភាពរស់នៅបច្ចុប្បន្ន
របស់អ្នកដោយរបៀបណា?

- ☐ ខ្ញុំមានកន្លែងរស់នៅ
ដែលមានស្ថិរភាព
- ☐ ខ្ញុំមានកន្លែងរស់នៅ
សព្វថ្ងៃនេះ ប៉ុន្តែ
ខ្ញុំព្រួយបារម្ភអំពី
ការបាត់បង់កន្លែង
នោះនាពេលអនាគត
- ☐ ខ្ញុំមិនមានកន្លែង
រស់នៅដែលមាន
ស្ថិរភាពទេ (ខ្ញុំ
កំពុងស្នាក់នៅជា
បណ្តោះអាសន្នជាមួយ
អ្នកដទៃទៀត នៅក្នុង
សណ្ឋាគារ នៅក្នុង
ទីជម្រក រស់នៅ
ខាងក្រៅតាមដងផ្លូវ
នៅលើឆ្នេរ នៅក្នុង
រថយន្ត អគារដែល
បានបោះបង់ចោល
ស្ថានីយឡានក្រុង ឬ
រថភ្លើង ឬនៅក្នុង
ឧទ្យាន)
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានដាក់
ពន្ធនាគារ ហើយបាន
ត្រលប់មកផ្ទះវិញ
កាលពីពេលថ្មីៗនេះ

- ☐ ខ្ញុំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
មនុស្សចាស់ ហើយ
បានត្រលប់មកផ្ទះវិញ
កាលពីពេលថ្មីៗនេះ

20b. សូមជ្រើសរើសមួយ៖

- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះដែលខ្ញុំ
ជាម្ចាស់
- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះ/អាជ្ញាគ
មិនដែលខ្ញុំជួល
- ☐ រស់នៅជាមួយសមាជិក
គ្រួសារ
- ☐ រស់នៅក្នុងទីជម្រក
- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះជាក្រុម
ឬផ្ទះស្នាក់នៅសម្រាប់
អ្នកកំពុងស្តារខ្លួនពី
ការញៀន
- ☐ រស់នៅក្នុងកន្លែង
រស់នៅដែលមាន
ជំនួយការ
- ☐ បច្ចុប្បន្នខ្ញុំគ្មាន
ផ្ទះសម្បែង/គ្មាន
ទីជម្រក
- ☐ អ្វីៗផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិន
ឆ្លើយ

21. សូមគិតអំពីកន្លែងដែល
អ្នករស់នៅ។ តើអ្នកមាន
បញ្ហាជាមួយនឹងករណី
ណាមួយខាងក្រោមនេះ
ដែរឬទេ?

- ☐ សត្វរំខានដូចជា
សត្វល្អិត ស្រមោច ឬ
កណ្ត្តរ
- ☐ ផ្សិត
- ☐ ថ្នាំលាបដែលធាតុមាន
សំណ ឬបំពង់សំណ
- ☐ កង្វះប្រព័ន្ធកម្ដៅល្អ
- ☐ ចង្ក្រានដុត ឬចង្ក្រាន
មិនដំណើរការ
- ☐ ខ្វះឧបករណ៍ចាប់ផ្សែង
ឬមិនដំណើរការ
- ☐ ការលេចទឹក
- ☐ គ្មានករណីណាមួយ
ខាងលើទេ

22. តើអ្នកអាចរស់នៅដោយ
សុវត្ថិភាព និងធ្វើចលនា
យ៉ាងងាយស្រួលនៅក្នុងផ្ទះ
របស់អ្នកបានទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ ផ្សេងទៀត

23. បើទេ តើកន្លែងដែលអ្នក
រស់នៅមាន៖

- ☐ ពន្លឺ
- ☐ ប្រព័ន្ធកម្ដៅ
- ☐ ប្រព័ន្ធគ្រឡាត្រជាក់
- ☐ បង្កាន់ដៃសម្រាប់ជណ្ដើរ
ឬជម្រាលណាមួយ
- ☐ ទឹកក្ដៅ
- ☐ បង្គន់ក្នុងផ្ទះ
- ☐ ទ្វារចេញទៅខាងក្រៅ
ដែលអាចចាក់សោបាន
- ☐ ជណ្ដើរដើម្បីចូលទៅក្នុង
ផ្ទះរបស់អ្នក ឬជណ្ដើរ
នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក
- ☐ ជណ្ដើរយន្ត
- ☐ កន្លែងសម្រាប់ប្រើប្រាស់
រទេះរុញ
- ☐ ផ្លូវស្រឡះដើម្បី
ចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក
- ☐ បកស្រាយភាពពិបាក
ផ្សេងទៀត

24. តើអ្នកបានកត់សម្គាល់
ឃើញការផ្លាស់ប្តូរណាខ្លះ
លើការគិត ការចងចាំ ឬ
ការធ្វើការសម្រេចចិត្តដែរ
ឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

25. តើអ្នកមានសមាជិក
គ្រួសារ ឬអ្នកដទៃណាដែល
ស្ម័គ្រចិត្ត និងអាចជួយអ្នក
នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការ
បានទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

26. តើអ្នកធ្លាប់គិតថាអ្នកផ្តល់
ការថែទាំរបស់អ្នកមាន
ការពិបាកក្នុងការផ្តល់
ជំនួយដែលអ្នកត្រូវការដែរ
ឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

27. តើអ្នកភ័យខ្លាចនរណា
ម្នាក់ ឬមានអ្នកណាម្នាក់
ធ្វើឱ្យអ្នកឈឺចាប់ដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

28. តើមានអ្នកណាម្នាក់កំពុង
ប្រើប្រាស់របស់អ្នកដោយ
គ្មានការយល់ព្រមរបស់អ្នក
ដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

29. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើ
រោគវិនិច្ឆ័យ ឬកំពុងទទួល
បានការព្យាបាលចំពោះ
បញ្ហាភាពសុខភាពអាកប្ប
កិរិយាណាមួយខាងក្រោម
នេះដែរឬទេ? សូម
ជ្រើសរើសជម្រើសទាំងអស់
ដែលពាក់ព័ន្ធ។

- ☐ ខ្ញុំមិនដែលត្រូវបានធ្វើ
រោគវិនិច្ឆ័យ ឬបាន
ព្យាបាលចំពោះបញ្ហាភាព
សុខភាពអាកប្បកិរិយា
ណាមួយទេ
- ☐ ADHD (វិបល្លាស
ស្មារតីអន់ខ្សោយ) ជំងឺ
ចប់បារម្ភ
- ☐ ជំងឺអូទិស៊ីម
- ☐ វិបល្លាសបាយប៉ូឡា
- ☐ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត
- ☐ វិបល្លាសវិកលចរិត
(សាយកូស៊ីស)
- ☐ វិបល្លាសនៃការប្រើប្រាស់
សារធាតុញៀន
- ☐ ផ្សេងទៀត៖

30. តើអ្នកត្រូវការជំនួយ
ណាមួយក្នុងការភ្ជាប់ទៅ
សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត
ឬអាកប្បកិរិយាណាមួយដែរ
ឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

31. ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍
ចុងក្រោយនេះ តើ
អ្នកទទួលបានការរំខាន
ដោយអារម្មណ៍ភ័យខ្លាច
ព្រួយបារម្ភ ឬរសាប់សល់
ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ ជាច្រើនថ្ងៃ
- ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃ
ថ្ងៃទាំងអស់
- ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

32. ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍
ចុងក្រោយនេះ តើអ្នក
ទទួលបានការរំខានដោយ
ការមិនអាចបញ្ឈប់ ឬ
គ្រប់គ្រងការព្រួយបារម្ភ
ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ ជាច្រើនថ្ងៃ
- ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃ
ថ្ងៃទាំងអស់
- ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

33. ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មាន
សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ តើ
អ្នកទទួលបានការរំខាន
ដោយកង្វះចំណាប់អារម្មណ៍
ឬភាពរីករាយក្នុងការធ្វើអ្វី
ៗញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ ជាច្រើនថ្ងៃ
- ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃ
ថ្ងៃទាំងអស់
- ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

34. ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍
ចុងក្រោយនេះ តើ
អ្នកទទួលបានការរំខាន
ដោយអារម្មណ៍អស់កម្លាំង
ចិត្ត ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬ
អស់សង្ឃឹមញឹកញាប់
ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ ជាច្រើនថ្ងៃ
- ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃ
ថ្ងៃទាំងអស់
- ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

35. ក្នុងរយៈពេលមួយខែ កន្លងទៅនេះ (30 ថ្ងៃ) តើ អ្នកមានអារម្មណ៍ឯកា ប៉ុន្មានថ្ងៃ?
- ☐ គ្មាន - ខ្ញុំពុំដែលមាន អារម្មណ៍ឯកានេះ
 - ☐ តិចជាង 5 ថ្ងៃ
 - ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃ ថ្ងៃទាំងអស់ (លើសពី 15 ថ្ងៃ)
 - ☐ ថ្ងៃភាគច្រើន ខ្ញុំមាន អារម្មណ៍ឯកានិច្ច

36. តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ ថាអ្នកគួរតែកាត់បន្ថយ ការពិសារស្រា ឬការប្រើ ប្រាស់គ្រឿងញៀនដែរឬទេ?
- ☐ បាទ/ចាស
 - ☐ ទេ
 - ☐ មិនប្រាកដ
 - ☐ សុំមិនឆ្លើយ

37. តើបច្ចុប្បន្នអ្នកប្រើ ផលិតផលថ្នាំជក់ណាមួយ ទេ (ជក់បារី ជក់បារី អេឡិចត្រូនិក ថ្នាំចុក)?
- ☐ បាទ/ចាស
 - ☐ ទេ

38. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ កន្លងទៅនេះ តើកង្វះ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែល អាចទុកចិត្តបានរវាង អ្នកពីការណាត់ជួបផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រ ការប្រជុំ ការងារ ឬពីការទទួលបានអ្វីៗដែល ត្រូវការសម្រាប់ការរស់នៅ ប្រចាំថ្ងៃដែរឬទេ?
- ☐ បាទ/ចាស
 - ☐ ទេ

39. តើពេលខ្លះអ្នកអស់ប្រាក់ ដើម្បីបង់ថ្លៃអាហារ ថ្លៃជួល វិក្កយបត្រ និងថ្លៃថ្នាំដែរ ឬទេ?
- ☐ បាទ/ចាស
 - ☐ ទេ

40. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ កន្លងទៅនេះ អាហារដែល អ្នកបានទិញមិនគ្រប់គ្រាន់ ហើយអ្នកមិនមានប្រាក់ ដើម្បីទិញបន្ថែម។
- ☐ កើតឡើងញឹកញាប់
 - ☐ កើតឡើងម្តងម្កាល
 - ☐ ពុំដែលកើតឡើង ទាល់តែសោះ
 - ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិន ឆ្លើយ

41. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែ
កន្លងទៅនេះ អ្នក
ព្រួយបារម្ភថាអាហាររបស់
អ្នកនឹងអស់មុនពេល
អ្នកទទួលបានប្រាក់ដើម្បី
ទិញបន្ថែម។

- ☐ កើតឡើងញឹកញាប់
- ☐ កើតឡើងម្តងម្កាល
- ☐ ពុំដែលកើតឡើង
ទាល់តែសោះ
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិន
ឆ្លើយ

42. តើអ្នកមានលិខិតបញ្ជាក់
ការរស់នៅ ឬសេចក្តីបង្គាប់
ជាមុនទេ (ឯកសារបញ្ជាក់
ពីចំណង់ចំណូលចិត្ត
ទាក់ទងនឹងការថែទាំផ្នែក
វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក បើអ្នក
មិនអាចផ្តល់ចេតនារបស់
ខ្លួនបានទេ)?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ មិនប្រាកដ
- ☐ សុំមិនឆ្លើយ

43. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មាន
អំពីលិខិតបញ្ជាក់ការរស់នៅ
ឬសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែរ
ឬទេ?

- ☐ បាន/ចាស
- ☐ ទេ

ហត្ថលេខា៖ កាលបរិច្ឆេទ៖

**សូមអរគុណចំពោះការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។ ជំហានបន្ទាប់
ជាការពិភាក្សាលើការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះការវាយតម្លៃនេះ
និងបង្កើតគម្រោងថែទាំ។**