



Advantage D-SNP

ការវាយតម្លៃ ហានិភ័យសុខភាព

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

សូមជ្រើសរើសប្រអប់សម្រាប់ចម្លើយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក។ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទមួយសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយយើង។

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

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP

ជូនចំពោះ៖ ផ្នែកគ្រប់គ្រងករណី

7751 S. Mantney Road, French Camp, CA 95231

ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបដិសេធផ្តល់ការថែទាំដោយផ្អែកលើចម្លើយសម្ងាត់របស់អ្នកទេ។

លេខសម្គាល់ (ID) របស់សមាជិក៖

កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ៖

ឈ្មោះសមាជិក៖

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖

អាសយដ្ឋានសមាជិក៖

ក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

1. តើអ្នកចង់ប្រើភាសាអ្វី?

- ☐ ភាសាអង់គ្លេស
- ☐ ភាសាអាល្លឺម៉ង់
- ☐ ភាសាចិន
- ☐ ភាសាអង់គ្លេស
- ☐ ភាសាហិណ្ឌូ
- ☐ ភាសាជប៉ុន
- ☐ ភាសាជប៉ុន
- ☐ ភាសាភូមិ
- ☐ ភាសាឡាវ
- ☐ ភាសាម៉ាឌី
- ☐ ភាសាម៉ាឌី-ខ្មែរ, កម្ពុជា
- ☐ ភាសាពែក្ស
- ☐ ភាសាពុនបាប៊ី
- ☐ ភាសារុស្ស៊ី
- ☐ ភាសាអេស៉្បាញ
- ☐ ភាសាហ្វីលីពីន
- ☐ ភាសាហ្វីលីពីន
- ☐ ភាសាអ៊ីយ៉ូ
- ☐ ភាសាអ៊ីយ៉ូ
- ☐ ផ្សេងទៀត

2. សូមជ្រើសរើសប្រភេទជាតិពន្ធដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណយ៉ាងជិតស្និទ្ធបំផុត៖

- ☐ ជនជាតិអេស៉្បាញ
- ☐ មិនមែនជនជាតិអេស៉្បាញ
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

3. សូមជ្រើសរើសប្រភេទពូជសាសន៍ដែលអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណយ៉ាងជិតស្និទ្ធបំផុត៖

- ☐ ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក ឬជនជាតិអាឡាស្កាដើម
- ☐ ជនជាតិអាស៊ី
- ☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬជនជាតិអាហ្វ្រិកអាមេរិក
- ☐ ជនជាតិហាវ៉ៃដើម ឬអ្នកនៅតាមកោះក្នុងមហាសមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត
- ☐ ជនជាតិស្បែកស
- ☐ ពហុពូជសាសន៍
- ☐ ផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

4. តើអ្នកមានចំណង់ចំណូលចិត្ត ឬការពិចារណាអ្វីដែលយើងគួរតែដឹងដែរឬទេ? សូមជ្រើសរើសជម្រើសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។

- ☐ ឈ្មោះដែលចង់ប្រើ
- ☐ តម្រូវការខាងសាសនា/ជំនឿ/វប្បធម៌ ឬ?
- ☐ ពិបាកក្នុងការស្លាប់
- ☐ បញ្ហាការមើលឃើញ
- ☐ ព័ត៌មានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រុងសម្រាប់ជនពិការ (អក្សរពុម្ពធំ ស៊ីឌីសំឡេង ស៊ីឌីទិន្នន័យ ឬអក្សរស្លាប)
- ☐ គ្មាន
- ☐ ផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

5. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺណាមួយខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?

- ☐ ជំងឺហឺត
- ☐ ជំងឺមហារីក (កំពុងទទួលបានការព្យាបាលយ៉ាងសកម្ម)
ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ☐ សមាធារណៈខ្ពស់
- ☐ ជំងឺខ្សោយបេះដូង
- ☐ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល
- ☐ ការយល់ដឹង (បញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងការចងចាំដូចជាជំងឺភ្លេចភ្លាំង ឬជំងឺរំលង) និង/ឬការលូតលាស់មានកម្រិត
- ☐ វិបល្លាសទាក់ទងនឹងឈាម (រួមមានជំងឺខ្វះឈាមក្រហម ជំងឺគ្រាប់ឈាមខុសប្រក្រតី ឬកង្វះកំណកឈាម)
- ☐ ជំងឺថ្លើម ដូចជាជំងឺគ្រិនថ្លើម ឬទៀតទឹក
- ☐ ជំងឺខូចកម្រងនោម/រលាក/ជំងឺកម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ
- ☐ ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ (ដូចជាជំងឺឆ្លុះជ្រូក ស្បែកឡើងវិញច្រើនកន្លែង)
- ☐ ខ្វះទម្ងន់/លើសទម្ងន់/ជំងឺធាត់ផ្សេងទៀត
- ☐ COPD (ជំងឺសួរដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ)
- ☐ ការប្តូរសរីរាង្គ
- ☐ ផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំពុំដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលចំពោះបញ្ហាសុខភាពណាមួយទេ

6. តើអ្នកមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

7. បើបាទ/ចាស តើបច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះនេះដែរឬទេ?

- ☐ 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?

- ☐ ការដឹកទឹក
- ☐ ការឡើង ឬចុះជណ្តើរ
- ☐ ការបរិភោគ
- ☐ ការទទួលបានការថែទាំផ្ទេរ
- ☐ ការស្លៀកពាក់
- ☐ ការដុសធ្មេញ ដុសសក់ កោរពុកមាត់
- ☐ ការធ្វើម្ហូប ឬចម្អិនអាហារ
- ☐ ការក្រោកឡើងពីគ្រែ ឬកៅអី
- ☐ ការទិញទំនិញ និងការទិញអាហារ
- ☐ ការប្រើប្រាស់បង្គន់
- ☐ ការដើរ
- ☐ ការលាងចាន ឬបោកគក់សម្លៀកបំពាក់
- ☐ ការសរសេរមូលប្បទានប័ត្រ ឬបន្តតាមដានសាច់ប្រាក់
- ☐ រកអ្វីជិះទៅវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទៅជួបមិត្តភក្តិ
- ☐ ការធ្វើការងារផ្ទះ ឬការងារក្នុងទីធ្លា
- ☐ ការចេញទៅលេងក្រីក្រ ឬមិត្តភក្តិ
- ☐ ការប្រើប្រាស់ទូរសព្ទ
- ☐ ការបន្តតាមដានការណាត់ជួប
- ☐ ទេ គ្មានផ្នែកណាមួយក្នុងចំណោមនេះជាបញ្ហាទេ

11. បើបាទ/ចាស តើអ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយគ្រប់គ្រាន់ដែលអ្នកត្រូវការសម្រាប់សកម្មភាពទាំងនេះដែរឬទេ?

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

12. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការប្រើថ្នាំរបស់អ្នកទេ?

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

13. តើថ្មីៗអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរថ្នាំនេះដែរឬទេ (ថ្នាំថ្មី ដូសថ្មី ឈប់ប្រើថ្នាំណាមួយ)?

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

14. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ បែបបទសុខភាពទេ?

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

15. តើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការឆ្លើយសំណួរ ក្នុងអំឡុងពេលទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែរឬទេ?

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

16. តើអ្នកមានធ្លាប់ដួលកាលពីខែមុនទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

17. តើអ្នកភ័យខ្លាចការដួលទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

18. តើបច្ចុប្បន្នអ្នកបានចុះឈ្មោះ ដើម្បីទទួល សេវាកម្ម ឬធនធានណាមួយតាមរយៈសហគមន៍ ខោនធី ឬរដ្ឋដែរឬទេ?

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

19. តើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាកម្មទាំងអស់ដែល អ្នកគួរតែទទួលបានទេ?

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

20a. តើអ្នកនឹងពណ៌នាអំពីស្ថានភាពរស់នៅ បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដោយរបៀបណា?

- ☐ ខ្ញុំមានកន្លែងរស់នៅដែលមានស្ថិរភាព
- ☐ ខ្ញុំមានកន្លែងរស់នៅសព្វថ្ងៃនេះ ប៉ុន្តែខ្ញុំ ព្រួយបារម្ភអំពីការបាត់បង់កន្លែងនោះនា ពេលអនាគត
- ☐ ខ្ញុំមិនមានកន្លែងរស់នៅដែលមានស្ថិរភាព ទេ (ខ្ញុំកំពុងស្នាក់នៅជាបណ្តោះអាសន្នជាមួយ អ្នកដទៃទៀត នៅក្នុងសណ្ឋាគារ នៅក្នុង ទីជម្រក រស់នៅខាងក្រៅតាមដងផ្លូវ នៅ លើឆ្នេរ នៅក្នុងរថយន្ត អគារដែលបាន បោះបង់ចោល ស្ថានីយឡានក្រុង ឬរថភ្លើង ឬនៅក្នុងឧទ្យាន)
- ☐ ខ្ញុំត្រូវបានដាក់ពន្ធនាគារ ហើយបានត្រលប់ មកផ្ទះវិញកាលពីពេលថ្មីៗនេះ
- ☐ ខ្ញុំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ហើយបាន ត្រលប់មកផ្ទះវិញកាលពីពេលថ្មីៗនេះ

20b. សូមជ្រើសរើសមួយ៖

- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះដែលខ្ញុំជាម្ចាស់
- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះ/អាជ្ញាធរមិនដែលខ្ញុំជួល
- ☐ រស់នៅជាមួយសមាជិកគ្រួសារ
- ☐ រស់នៅក្នុងទីជម្រក
- ☐ រស់នៅក្នុងផ្ទះជាក្រុម ឬផ្ទះស្នាក់នៅសម្រាប់ អ្នកកំពុងស្មារតីខ្លួនពីការញៀន
- ☐ រស់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយការ
- ☐ បច្ចុប្បន្នខ្ញុំគ្មានផ្ទះសម្បែង/គ្មានទីជម្រក
- ☐ អ្វីៗផ្សេងទៀត
- ☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

21. សូមគិតអំពីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ។ តើអ្នកមាន បញ្ហាជាមួយនឹងករណីណាមួយខាងក្រោមនេះដែរ ឬទេ?

- ☐ សត្វរំខានដូចជាសត្វល្អិត ស្រមោច ឬកណ្តុរ
- ☐ ផ្សិត
- ☐ ថ្នាំលាបដែលធាតុមានសំណ ឬបំពង់សំណ
- ☐ កង្វះប្រព័ន្ធកម្ដៅល្អ
- ☐ ចង្រ្កានដុត ឬចង្រ្កានមិនដំណើរការ
- ☐ ខ្វះខាតករណីចាប់ផ្សេង ឬមិនដំណើរការ
- ☐ ការលេចទឹក
- ☐ គ្មានករណីណាមួយខាងលើទេ

22. តើអ្នកអាចរស់នៅដោយសុវត្ថិភាព និងធ្វើ ចលនាយ៉ាងងាយស្រួលនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក បានទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ
- ☐ ផ្សេងទៀត

23. បើទេ តើកន្លែងដែលអ្នករស់នៅមាន៖

- ☐ ពន្លឺល្អ
- ☐ ប្រព័ន្ធកម្ដៅល្អ
- ☐ ប្រព័ន្ធត្រជាក់ល្អ
- ☐ បង្កាន់ដៃសម្រាប់ជណ្ដើរ ឬជម្រាលណាមួយ
- ☐ ទឹកក្ដៅ
- ☐ បង្គន់ក្នុងផ្ទះ
- ☐ ទ្វារចេញទៅខាងក្រៅដែលអាចចាក់សោបាន
- ☐ ជណ្ដើរដើម្បីចូលទៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬជណ្ដើរនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក
- ☐ ជណ្ដើរយន្ត
- ☐ កន្លែងសម្រាប់ប្រើប្រាស់រទេះរុញ
- ☐ ផ្លូវស្រឡះដើម្បីចេញពីផ្ទះរបស់អ្នក
- ☐ បកស្រាយភាពពិបាកផ្សេងទៀត

24. តើអ្នកបានកត់សម្គាល់ឃើញការផ្លាស់ប្តូរណាខ្លះលើការគិត ការចងចាំ ឬការធ្វើការសម្រេចចិត្តដែរឬទេ?

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

25. តើអ្នកមានសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកដទៃណាដែលស្ម័គ្រចិត្ត និងអាចជួយអ្នកនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការបានទេ?

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

26. តើអ្នកធ្លាប់គិតថាអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកមានការពិបាកក្នុងការផ្តល់ជំនួយដែលអ្នកត្រូវការដែរឬទេ?

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

27. តើអ្នកភ័យខ្លាចនរណាម្នាក់ ឬមានអ្នកណាម្នាក់ធ្វើឱ្យអ្នកឈឺចាប់ដែរឬទេ?

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

28. តើមានអ្នកណាម្នាក់កំពុងប្រើប្រាស់របស់អ្នកដោយគ្មានការយល់ព្រមរបស់អ្នកដែរឬទេ?

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

29. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬកំពុងទទួលបានការព្យាបាលចំពោះបញ្ហាភាពសុខភាពអាកប្បកិរិយាណាមួយខាងក្រោមនេះដែរឬទេ? សូមជ្រើសរើសជម្រើសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។

- ☐ ខ្ញុំមិនដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬបានព្យាបាលចំពោះបញ្ហាភាពសុខភាពអាកប្បកិរិយាណាមួយទេ
- ☐ ADHD (វិបល្លាសស្មារតីអន់ខ្សោយ) ជំងឺថប់បារម្ភ
- ☐ ជំងឺអូទីស៊ីម
- ☐ វិបល្លាសបាយប៉ូឡា
- ☐ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត
- ☐ វិបល្លាសវិកលចរិត (សាយភូសិស)
- ☐ វិបល្លាសនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- ☐ ផ្សេងទៀត៖

30. តើអ្នកត្រូវការជំនួយណាមួយក្នុងការភ្ជាប់ទៅសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយាណាមួយដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស
- ☐ ទេ

31. ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ តើអ្នកទទួលរងការរំខានដោយអារម្មណ៍ភ័យខ្លាចព្រួយបារម្ភ ឬរសាប់សល់ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ ជាច្រើនថ្ងៃ
- ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃថ្ងៃទាំងអស់
- ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

32. ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ តើអ្នកទទួលរងការរំខានដោយការមិនអាចបញ្ឈប់ ឬគ្រប់គ្រងការព្រួយបារម្ភញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា?

- ☐ អត់ទាល់តែសោះ
- ☐ ជាច្រើនថ្ងៃ
- ☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃថ្ងៃទាំងអស់
- ☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

33. ក្នុងរយៈពេលប៉ុន្មានសប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ តើអ្នកទទួលបានការរំខានដោយកង្វះចំណាប់អារម្មណ៍ឬភាពរីករាយក្នុងការធ្វើអ្វីៗញឹកញាប់ប៉ុន្មាន?

☐ អត់ទាល់តែសោះ

☐ ជាច្រើនថ្ងៃ

☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃថ្ងៃទាំងអស់

☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

34. ក្នុងរយៈពេល 2 សប្តាហ៍ចុងក្រោយនេះ តើអ្នកទទួលបានការរំខានដោយអារម្មណ៍អស់កម្លាំងចិត្ត ធ្លាក់ទឹកចិត្ត ឬអស់សង្ឃឹមញឹកញាប់ប៉ុន្មាន?

☐ អត់ទាល់តែសោះ

☐ ជាច្រើនថ្ងៃ

☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃថ្ងៃទាំងអស់

☐ ស្ទើរតែរាល់ថ្ងៃ

35. ក្នុងរយៈពេលមួយខែកន្លងទៅនេះ (30 ថ្ងៃ) តើអ្នកមានអារម្មណ៍ឯកាប៉ុន្មានថ្ងៃ?

☐ គ្មាន - ខ្ញុំពុំដែលមានអារម្មណ៍ឯកាទេ

☐ តិចជាង 5 ថ្ងៃ

☐ លើសពីពាក់កណ្តាលនៃថ្ងៃទាំងអស់ (លើសពី 15 ថ្ងៃ)

☐ ថ្ងៃភាគច្រើន ខ្ញុំមានអារម្មណ៍ឯកានិច្ច

36. តើអ្នកធ្លាប់មានអារម្មណ៍ថាអ្នកគួរតែកាត់បន្ថយការពិសារស្រា ឬការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

☐ មិនប្រាកដ

☐ សុំមិនឆ្លើយ

37. តើបច្ចុប្បន្នអ្នកប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ណាមួយទេ (ជក់បារី ជក់បារីអេឡិចត្រូនិក ថ្នាំចុក)?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

38. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅនេះ តើកង្វះមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលអាចទុកចិត្តបានរារាំងអ្នកពីការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការប្រជុំការងារ ឬពីការទទួលបានអ្វីៗដែលត្រូវការសម្រាប់ការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

39. តើពេលខ្លះអ្នកអស់ប្រាក់ដើម្បីបង់ថ្លៃអាហារ ថ្លៃជួល វិក្កយបត្រ និងថ្លៃថ្នាំដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

40. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅនេះ អាហារដែលអ្នកបានទិញមិនគ្រប់គ្រាន់ ហើយអ្នកមិនមានប្រាក់ដើម្បីទិញបន្ថែម។

☐ កើតឡើងញឹកញាប់

☐ កើតឡើងម្តងម្កាល

☐ ពុំដែលកើតឡើងទាល់តែសោះ

☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

41. ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅនេះ អ្នកព្រួយបារម្ភថាអាហាររបស់អ្នកនឹងអស់មុនពេលអ្នកទទួលបានប្រាក់ដើម្បីទិញបន្ថែម។

☐ កើតឡើងញឹកញាប់

☐ កើតឡើងម្តងម្កាល

☐ ពុំដែលកើតឡើងទាល់តែសោះ

☐ ខ្ញុំសូមជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

42. តើអ្នកមានលិខិតបណ្តាំការរស់នៅ ឬសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ (ឯកសារបញ្ជាក់ពីចំណង់ចំណូលចិត្តទាក់ទងនឹងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក បើអ្នកមិនអាចផ្តល់ចេតនារបស់ខ្លួនបានទេ)?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

☐ មិនប្រាកដ

☐ សុំមិនឆ្លើយ

43. តើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីលិខិតបណ្តាំការរស់នៅ ឬសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស

☐ ទេ

ហត្ថលេខា៖

កាលបរិច្ឆេទ៖

សូមអរគុណចំពោះការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។ ជំហានបន្ទាប់ជាការពិភាក្សាលើការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះការវាយតម្លៃនេះ និងបង្កើតគម្រោងថែទាំ។