



### របាយការណ៍គ្រូពេទ្យ/ Physician Report

គ្រូពេទ្យដែលចេញរបាយការណ៍នេះ ត្រូវតែជាគ្រូពេទ្យដែលមានវិញ្ញាបនបត្រ និងអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ ក្នុងករណីមានថ្លៃសេវាដែលត្រូវបង់ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវ។/ Attending physician issuing this report has to be a certified and licensed physician. In case of any fee occurring, the Life Insured shall be responsible.

1. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/ Patient's name..... អាយុ/ Age: .....ឆ្នាំ/ years old ភេទ/ Sex:  ប្រុស/ Male  ស្រី/ Female  
 លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/ ID No. .... ថ្ងៃចូលព្យាបាល/ Date admitted..... ម៉ោង/ Time.....  
 ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ/ Date discharged..... ម៉ោង/ Time.....

2. **សម្រាប់ជំងឺ/ FOR ILLNESS**  
 A. តើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាអស់រយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? / How long had the patient experienced the symptoms?.....ថ្ងៃ/ days/សប្តាហ៍/ weeks/ ឆ្នាំ/ years.  
 B. តើអ្នកយល់ថារោគសញ្ញាកើតឡើងមុនពេលពិគ្រោះជំងឺនេះអស់រយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? / How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? .....ថ្ងៃ/ days/សប្តាហ៍/ weeks/ ឆ្នាំ/ years.  
 C. តើអ្នកបានណែនាំឲ្យអ្នកជំងឺចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ? / Did you advise the patient to be admitted to the hospital?  គ្មានទេ/ No  មានណែនាំ/ Yes  
 សញ្ញានៃការណែនាំឲ្យចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ/ Indication for admission.....

3. **សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់/ FOR ACCIDENT**  
 A. កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃគ្រោះថ្នាក់/ Date and time of accident: កាលបរិច្ឆេទ/ Date:..... ម៉ោង/ Time:.....  
 B. មូលហេតុនៃគ្រោះថ្នាក់/ Cause of accident:.....  
 C. តើអ្នកជំងឺស្ថិតនៅក្រោមឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំញៀននៅពេលបញ្ជូនមកដល់មន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ? / Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?  គ្មានទេ/ No  មាន/ Yes

4. កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកជួបអ្នកជំងឺជាលើកដំបូងដើម្បីព្យាបាលជំងឺ/ របួសនេះ/ Date you first saw the patient for this illness/ injury:.....  
 5. (a) ជំងឺបច្ចុប្បន្ន/ Present illness/ សេចក្តីលម្អិតនៃរបួស/ Details of injury:.....  
 (b) ការរកឃើញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធ (រោគសញ្ញា និងសញ្ញា) / Pertinent clinical findings (symptoms & signs).....  
 6. (a) ការរកឃើញពីមន្ទីរពិសោធន៍/ ការស្រាវជ្រាវ/ Pertinent lab/ investigations:.....  
 (b) ការធ្វើតេស្តរកមេរោគហ៊ីវ/ HIV Test  មិនធ្លាប់/ No  ធ្លាប់ធ្វើតេស្ត/ Yes, លទ្ធផល/ Result.....

7. រោគវិនិច្ឆ័យទី 1/ Diagnosis 1..... រោគវិនិច្ឆ័យទី 2/ Diagnosis 2.....  
 រោគវិនិច្ឆ័យទី 3/ Diagnosis 3..... រោគវិនិច្ឆ័យទី 4/ Diagnosis 4.....  
 (រួមបញ្ចូលស្ថានភាពជាមូលដ្ឋានសំខាន់ និងភាពស្មុគស្មាញនៃជំងឺ) / (Including principle underlying condition and complication)  
 8. (a) ការព្យាបាល (រួមមាន ចំនួនថ្នាំ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ការព្យាបាលដោយចលនា។ល។) / Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) .....  
 (b) ការវះកាត់/ Operation:..... របាយការណ៍រោគសាស្ត្រ/ Pathology report:.....  
 ឈ្មោះគ្រូពេទ្យវះកាត់/ Surgeon's name:..... ជំនាញ/ Specialty..... កាលបរិច្ឆេទវះកាត់/ Date performed:.....  
 (c) ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យផ្សេងទៀតនៅក្នុងពេលជាមួយគ្នា។/ Diagnosis and treatment by other physicians in the same occasion.  
 គ្មានទេ/ No  មាន/ Yes, សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត/ Please give detail.....

9. (a) លទ្ធផលនៃការព្យាបាល/ Result of treatment:  ល្អ/ Good  មធ្យម/ Fair  អន់/ Poor  
 (b) លទ្ធភាពដែលអាចលាប់ឡើងវិញ? / Possibility of recurrence?  មិនអាច/ No  អាច/ Yes  
 10. (a) កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល/ ការតាមដានចុងក្រោយ/ Date of the last treatment/ Follow up:.....  
 (b) រោគសញ្ញារបស់អ្នកជំងឺនៅពេលពិគ្រោះ/ ពិនិត្យជំងឺចុងក្រោយ? / The patient's symptoms at the time of your last consultations/ examination?  
 .....

11. តើអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅអ្នកដោយគ្រូពេទ្យផ្សេងទៀតដែរឬទេ? / Was the patient referred to you by other physician(s)?  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes  
 ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ/ Physician:..... ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិក/ Hospital/ Clinic:.....



12. តើរបួស/ ជំងឺទាក់ទងនឹង ឬជះឥទ្ធិពលដោយ និងបណ្តាលមកពី (ឧទា. ភាពខ្សោយដែលមានពីមុនមកដែលបណ្តាលមកពីពិការភាព ឬអសមត្ថភាពរយៈពេលវែង)/  
Was the injury/ illness contributed to or influenced by and of the following (eg. Pre-existing weakness of extended period of disability)?

- (a) ផលប៉ះពាល់ផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយមិនសំដៅលើកំណើត ឬក្រោយកើត/ ផលប៉ះពាល់ផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយសំដៅលើកំណើត/  
Physical defects/ congenital anomaly  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes
- (b) ប្រវត្តិជំងឺពីមុនមិនល្អ/ Unfavorable past medical history  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes
- (c) ជំងឺមានពីកំណើតដែលបណ្តាលមកពីការមិនលូតលាស់នៅផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ/ Degenerative change(s)  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes
- (d) ប្រវត្តិគ្រួសារដែលធ្វើឲ្យភាពដែលអាចកើតមានឡើង ឬភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃជំងឺនេះកើនឡើងខ្ពស់/  
A family history that increase the probability or severity of this disease  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes
- (e) ដំបូន្មានរបស់គ្រូពេទ្យដើម្បីឲ្យធ្វើ “ការពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” ឲ្យបានទៀងទាត់សម្រាប់ជំងឺនេះ ដោយសារតែមានហានិភ័យខ្ពស់?/  
Physician’s advice to have periodic “Medical Screening” for this disease because of increased risk?  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes
- (f) គ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំញៀន/ Alcohol or drugs  ទេ/ No  បាទ/ ចាស/ Yes

ប្រសិនបើឆ្លើយ “បាទ/ ចាស” សូមបញ្ជាក់បន្ថែម/ If the answer is “Yes”, please specify

.....  
.....

13. ប្រវត្តិជំងឺពីមុនផ្សេងទៀត/ Other past medical history:

កាលបរិច្ឆេទ/ Date	រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis	កាលព្យាបាល/ Treatment	រយៈពេល/ Duration	គ្រូពេទ្យ/ មន្ទីរពេទ្យ/Physician/ Hospital

14. សម្រាប់ស្ត្រី/ For Female:

- (a) តើអ្នកជំងឺមានផ្ទៃពោះនៅពេលទទួលការព្យាបាលដែរឬទេ? / Was the patient pregnant at the time of treatment?  
 គ្មានទេ/ No  មាន/ Yes..... សប្តាហ៍/ weeks (ថ្ងៃមករដូវចុងក្រោយ/ LMP:.....)
- (b) តើការព្យាបាលទាក់ទងនឹងភាពអាវ (មិនអាចបង្កើតកូនបាន) ដែរឬទេ? / Was the treatment related to infertility?  
 មិនទាក់ទង/ No  ទាក់ទង/ Yes.....

15. សេចក្តីអធិប្បាយផ្សេងទៀតអំពីរបួស/ ជំងឺ/ Other comments about the injury/ illness

.....  
.....

ខ្ញុំបានពិនិត្យ និងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានឈ្មោះដូចបានបញ្ជាក់ខាងលើដោយផ្ទាល់ ហើយខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងរបាយការណ៍នេះគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ និងពិតប្រាកដគ្រប់យ៉ាង។ / I have examined and treated the patient whose name is stated earlier by myself and I certify that this report is completely accurate and truthful in every aspect.

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ/ Name of physician..... ជំនាញ/ Specialty.....	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/clinic’s name..... ត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក/ Hospital/ clinic’s stamp:
ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ/ Signature.....	.....
កាលបរិច្ឆេទ/ Date.....	លេខទូរស័ព្ទ/ Tel. No.....