



របាយការណ៍គ្រូពេទ្យ
PHYSICIAN REPORT

របាយការណ៍នេះ ត្រូវបំពេញដោយគ្រូពេទ្យដែលចុះបញ្ជី និងមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ ក្នុងករណីមានថ្លៃសេវាដែលត្រូវបង់ គឺជាបន្ទុករបស់អ្នកទាមទារសំណង។
This form must be completed by a qualified and registered physician. Costs, if any, shall be shouldered by the claimant.
របាយការណ៍គ្រូពេទ្យនេះ ប្រើក្នុងគោលបំណងជាឯកសារជំនួយដល់ការវាយតម្លៃ ចំពោះការស្នើសុំទាមទារសំណងចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងក្រោមតែប៉ុណ្ណោះ។
This physician report uses as supporting document to insured below for claim assessment purpose only.

I.ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / PATIENT or INSURED'S INFORMATION			
(សូមប្រើទំព័រក្រដាស ស បន្ថែមក្នុងករណីមិនមានចន្លោះគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាន / Please use an extra blank sheet in case there is not enough space to fill in the information)			
ឈ្មោះពេញ៖ Full Name	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ Date of Birth DD/MM/YYYY	ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី Gender Male Female	សញ្ជាតិ៖ Nationality
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬលិខិតឆ្លងដែន៖ ID Card or Passport Number	អាសយដ្ឋាន៖ Address		
II.ព័ត៌មានគ្រូពេទ្យព្យាបាល / ATTENDED PHYSICIAN'S INFORMATION			
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ៖ Hospital Name	អាសយដ្ឋាន៖ Address		
ឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល៖ Physician Name	ជំនាញ៖ Specialty	លេខទំនាក់ទំនង៖ Contact Number	
តើអ្នកជាគ្រូពេទ្យធ្លាប់បានព្យាបាល ឬពិគ្រោះអ្នកជំងឺ ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងលើ មែនដែរឬទេ ? ☐ មែន / YES ☐ មិនមែន / NO Are you the attending physician, who provided treatment or consulted the above patient or insured? (បើ "មិនមែន" សូមផ្តល់មូលហេតុ / If "NO", please provide reason : _____)			
III.ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពជំងឺ / PATIENT CONDITION'S INFORMATION			
(សូមប្រើទំព័រក្រដាស ស បន្ថែមក្នុងករណីមិនមានចន្លោះគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាន / Please use an extra blank sheet in case there is not enough space to fill in the information)			
ថ្ងៃដំបូងដែលទទួលបានការពិគ្រោះ ឬព្យាបាល៖ Date of first consultation or admitted getting treatment	ថ្ងៃចូលសម្រាកពេទ្យ៖ Admission Date	ម៉ោង៖ Time	ថ្ងៃចេញពីសម្រាកពេទ្យ៖ Admission Date
ថ្ងៃដែលអ្នកជំងឺបានដឹងពីរោគវិនិច្ឆ័យ៖ Date the patient was informed of the diagnosis	ថ្ងៃដែលអ្នកជំងឺបានទទួលការវះកាត់ (ប្រសិនបើមាន)៖ Date of surgery, if applicable		
តើអ្នកគិតថារោគសញ្ញានៃជំងឺនេះកើតមានឡើងយូរប៉ុន្មានហើយនៅពេលពិគ្រោះលើកដំបូង ? How long do you think the symptoms had been present when you were first consulted? ចំនួន៖ ____ ឆ្នាំ/Year ____ ខែ/Month ____ ថ្ងៃ/Day			
1. សូមបញ្ជាក់លម្អិតពី រោគវិនិច្ឆ័យ (ប្រសិនបើជាជំងឺមហារីក សូមបញ្ជាក់ពីដំណាក់កាល) Provide full and exact details of diagnosis: (If cancer, please specify the stage)			
2. សូមបញ្ជាក់រោគសញ្ញាដែលបង្កជំងឺ៖ Please describe the underlying cause of the patient's condition:			
a) តើមូលហេតុបង្កបណ្តាលមកពី របួសដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យមែនដែរ ឬទេ ? ☐ មែន ☐ មិនមែន (បើ "មែន" សូមបញ្ជាក់ថ្ងៃជួបគ្រោះថ្នាក់៖ ____/____/____) Does the underlying cause by an injury due to an accident? Yes No (If "Yes", please provided date of accident)			
3. លទ្ធផលនៃការពិនិត្យដើម្បីជំនួយដល់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាករណ៍នៃជំងឺ (លទ្ធផល Histopathology, X-rays, ECG, MRI, ឬតេស្តផ្សេងៗ) Result of objective findings supporting the diagnosis and prognosis (include any results of histopath, X-rays, ECG, MRI or any other test)			
☐ Histopathology: _____ កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ____/____/____			
☐ X-rays: _____ កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ____/____/____			
☐ ECG: _____ កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ____/____/____			
☐ CT scan or MRI: _____ កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ____/____/____			
☐ តេស្តផ្សេងៗ/Other test: _____ កាលបរិច្ឆេទ/ Date: ____/____/____			
4. តើអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលអ្វីខ្លះទាក់ទងនឹងជំងឺខាងលើនេះ ? What kind of treatments has the insured received in relation to the condition?			
☐ ប្រើឱសថ Medications ☐ ការវះកាត់ Surgery ☐ ការលាងឈាម Hemodialysis ☐ ប្រើកាំរស្មី ឬថ្នាំគីមី Radio or Chemo therapy			
☐ ផ្សេងៗ/Other: _____			

ដោយ អ៊ុលី ឡាយហ៊ុយ អ៊ុនស៊ុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អាសយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាមគ្គី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ១ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ
OPCL_PRCI_00061_V02_202603

5. តើអ្នកបានណែនាំអ្នកជំងឺទៅទទួលការព្យាបាលបន្តដែរ ឬទេ ? Were there other treatments/procedures recommended to the patient?	☐ មាន ☐ មិនមាន Yes No (បើ "មាន" សូមជួយបញ្ជាក់) (If "Yes", please specify)												
6. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺបានបង្កអោយមានការខូចខាតជាអចិន្ត្រៃយ៍ដល់ប្រព័ន្ធប្រសាទ ដែលតម្រូវឱ្យមានការស្តារសម្បទា ដែរឬទេ ? ☐ មាន/Yes ☐ មិនមាន/No Did the patient's condition resulted in any major, permanent neurological deficit that will require physical rehabilitation តើបានកើតឡើងពីពេលណា ? ____/____/____, តើការរំពឹងទុកនៃការត្រលប់រកប្រក្រតីភាពនៅពេលណា ? ____ Since when? Expected period of recovery													
7. តើអ្នកដឹងដែរឬទេ ថាអ្នកជំងឺធ្លាប់បានទទួលការពិគ្រោះ ឬព្យាបាលជាមួយគ្រូពេទ្យផ្សេង មុនពេលមកជួបអ្នក ? ☐ ដឹង/YES ☐ មិនដឹង/NO Are you aware the patient had consulted or got treatment with another physician prior to your consultation? (បើ "ដឹង" សូមមេត្តាបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោម / if answered "Yes", please complete the information below) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">កាលបរិច្ឆេទ Date of Attendance</th> <th style="width: 35%;">ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ និងអាសយដ្ឋាន Medical Institute name and address</th> <th style="width: 25%;">ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ Physician Name</th> <th style="width: 25%;">រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល Diagnosis and Treatment</th> </tr> <tr> <td>____/____/____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>____/____/____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		កាលបរិច្ឆេទ Date of Attendance	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ និងអាសយដ្ឋាន Medical Institute name and address	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ Physician Name	រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល Diagnosis and Treatment	____/____/____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
កាលបរិច្ឆេទ Date of Attendance	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ និងអាសយដ្ឋាន Medical Institute name and address	ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ Physician Name	រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល Diagnosis and Treatment										
____/____/____	_____	_____	_____										
____/____/____	_____	_____	_____										
8. តើអ្នកដឹងទេថាជំងឺនេះបណ្តាលមកពី ឬមានពាក់ព័ន្ធទៅនឹងជំងឺ ឬកត្តាខាងក្រោមដែរ ឬទេ ? Does the cause of this disease have any relation to the illness or factor below or not? (បើ "ដឹង" សូមមេត្តាផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម / if "Yes", please provide the information below) <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">a) ជំងឺអេដស៍(AIDS) ឬការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ(HIV) AIDS or HIV infectious</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">☐ មាន Yes</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">☐ មិនមាន No</td> </tr> <tr> <td>b) ជំងឺពីកំណើត ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃរាងកាយពីកំណើតណាមួយ Relate to any congenital disease or congenital anomaly</td> <td style="text-align: center;">☐ មាន Yes</td> <td style="text-align: center;">☐ មិនមាន No</td> </tr> <tr> <td>c) ឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង Under influence of illegal drugs or stimulant substance or alcohol</td> <td style="text-align: center;">☐ មាន Yes</td> <td style="text-align: center;">☐ មិនមាន No</td> </tr> <tr> <td>d) ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្លូវចិត្តណាមួយ ឬការធ្វើអត្តឃាត Mental disease/condition or suicide</td> <td style="text-align: center;">☐ មាន Yes</td> <td style="text-align: center;">☐ មិនមាន No</td> </tr> </table> មតិយោបល់បន្ថែមពីលើកត្តា ឬជំងឺខាងលើ ឬផ្សេងពីនេះ៖ Additional comments on illness or factor above or others: _____ _____ _____		a) ជំងឺអេដស៍(AIDS) ឬការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ(HIV) AIDS or HIV infectious	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No	b) ជំងឺពីកំណើត ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃរាងកាយពីកំណើតណាមួយ Relate to any congenital disease or congenital anomaly	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No	c) ឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង Under influence of illegal drugs or stimulant substance or alcohol	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No	d) ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្លូវចិត្តណាមួយ ឬការធ្វើអត្តឃាត Mental disease/condition or suicide	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No
a) ជំងឺអេដស៍(AIDS) ឬការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ(HIV) AIDS or HIV infectious	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No											
b) ជំងឺពីកំណើត ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃរាងកាយពីកំណើតណាមួយ Relate to any congenital disease or congenital anomaly	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No											
c) ឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង Under influence of illegal drugs or stimulant substance or alcohol	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No											
d) ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្លូវចិត្តណាមួយ ឬការធ្វើអត្តឃាត Mental disease/condition or suicide	☐ មាន Yes	☐ មិនមាន No											
សូមអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានដែលបំពេញក្នុងរបាយការណ៍គ្រូពេទ្យនេះ គឺពិតជាពេញលេញត្រឹមត្រូវ ពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹង និងបទពិសោធន៍របស់ខ្ញុំ។ I hereby declare all the information filled in this physician report is sufficient and correct based on my experiences and knowledge.													
ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ Physician Signature ហត្ថលេខា/Signature: _____ ថ្ងៃទី/Date: ____/____/____ ឈ្មោះ/Name: _____													

បញ្ជាក់៖ សូមមេត្តាភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងនៃរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងលទ្ធផលនៃតេស្តផ្សេងៗ ឬឯកសារបញ្ជាក់ដែលជាកត្តាឆ្លងនៃការអះអាងរបស់អ្នក ហើយមានសារៈសំខាន់ដល់ការវាយតម្លៃលើការទាមទារសំណង។

Note: Please enclose copies of medical reports together with any test results or document proof of evidence on your declaration and necessary for assessment on the claim.

ដោយ អ៊ុយី ឡាយហ័រ អ៊ិនស្ត្រុនស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក

អោយដ្ឋាន៖ ជាន់ផ្ទាល់ដី ជាន់ទី១ និងជាន់ទី២ អគារសាក្សី ផ្លូវលេខ៣១៥ ភូមិ សង្កាត់បឹងកក់២ ខណ្ឌទួលគោក រាជធានីភ្នំពេញ
 OPCL PRCI 00061 V02 202603