

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 ប្រើជាឯកសារជំនួយដល់ការវាយតម្លៃ ចំពោះការស្នើសុំទាមទារសំណងចំពោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងខាងក្រោមតែប៉ុណ្ណោះ។

This physician report uses as supporting document to insured below for claim assessment purpose only.

I. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / PATIENT or INSURED'S 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	

តើអ្នកជាគ្រូពេទ្យបានព្យាបាល 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

(សូមប្រើទំព័រដាច់ដាច់ ស បន្ថែមក្នុងករណីមិនមានចន្លោះគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាន / Please use an extra blank sheet in case there is not enough space to fill in the information)

ថ្ងៃចូលសម្រាកព្យាបាល៖ Date of admission	ម៉ោង៖ Time	ថ្ងៃចេញពីសម្រាកព្យាបាល៖ Date of discharge	ម៉ោង៖ Time
ថ្ងៃដែលអ្នកជំងឺបានដឹងពីរោគវិនិច្ឆ័យ៖ Date the patient was informed of the diagnosis		ថ្ងៃដែលអ្នកជំងឺបានទទួលការវះកាត់ (ប្រសិនបើមាន)៖ Date of surgery, if applicable	

1. សូមមេត្តាបញ្ជាក់លម្អិតពី រោគវិនិច្ឆ័យ (ប្រសិនបើជាជំងឺមហារីក សូមបញ្ជាក់ពីដំណាក់កាល)

Provide full and exact details of diagnosis. (If cancer, please specify the stage)

2. សូមមេត្តាពណ៌នាលម្អិតពីមូលហេតុដែលបង្កជំងឺ៖

Please describe the underlying cause of the patient's condition:

a) តើមូលហេតុបង្កបណ្តាលមកពី របួសដោយសារគ្រោះថ្នាក់ចៃដន្យមែនដែរ ឬទេ? ☐ មែន ☐ មិនមែន (បើ "មែន" សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ ____/____/____)

Does the underlying cause by an injury due to an accident? Yes No (If "Yes", please provided date of accident)

3. តើអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលអ្វីខ្លះទាក់ទងនឹងជំងឺខាងលើនេះ?

What kind of treatments has the insured received in relation to the condition?

☐ ប្រើឱសថ Medications ☐ ការវះកាត់ Surgery ☐ ផ្សេងៗ/Other៖ _____

IV. ព័ត៌មាន និងការវាយតម្លៃកម្មភាពពិការភាពរាងកាយ / PHYSICAL DISABILITY INFORMATION AND ASSESSMENT

1. ស្ថានភាព នៃពិការភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជំងឺ / current patient disability conditions ៖ ☐ ពិការជាអចិន្ត្រៃយ៍ Permanent Disability ☐ ពិការជាបណ្តោះអាសន្ន Temporary disability	a) ផ្នែកនៃរាងកាយដែលពិការ / Part of the body was disability៖ ❖ ផ្នែកខាងស្តាំ៖ ☐ ម្រាមដៃទាំងអស់ ☐ ម្រាមជើងទាំងអស់ ☐ ដៃ ☐ ជើង ☐ ភ្នែក ☐ ត្រចៀក Right side All Fingers All Toes Arm Leg Eye Ear ❖ ផ្នែកខាងឆ្វេង៖ ☐ ម្រាមដៃទាំងអស់ ☐ ម្រាមជើងទាំងអស់ ☐ ដៃ ☐ ជើង ☐ ភ្នែក ☐ ត្រចៀក Left side All Fingers All Toes Arm Leg Eye Ear b) កាលបរិច្ឆេទដែលកំណត់ពីពិការភាព / Date to confirmed on disability៖ ____/____/____
2. តើអ្នកជំងឺអាចធ្វើសកម្មភាពអ្វីខ្លះបានដោយខ្លួនឯង? What are the activities of daily living that patient can do by own self?	☐ ការងូតទឹក ☐ ការបរិភោគ ☐ ការស្លៀកពាក់ ☐ ការបន្ទោបង់ Bathing Feeding Dressing Toileting/Continence ☐ មិនអាចធ្វើសកម្មភាពខាងលើបាន Cannot do all the above activities

3. តើអ្នកជំងឺអាចចល័ត ឬធ្វើការបំបាត់ ទីបានយ៉ាងបានដូចម្តេចខ្លះ ? How was the patient's mobility and transferring ?	☐ អាចដើរដោយខ្លួនឯង ☐ អាចដើរឈរពីអង្គុយបានដោយខ្លួនឯង ☐ អាចបំបាត់ទីដោយខ្លួនឯងបាន Ambulatory Spontaneous standing up from sitting down Self-transferring to other place ☐ មិនអាចធ្វើសកម្មភាពខាងលើបាន Cannot do the above activities																
4. ការវាយតម្លៃលើកម្រិតពិការភាពភ្នែក (Snellen Visual Acuity) ៖ Please provide visual acuity based on (Snellen Visual Acuity)	ភ្នែកខាងស្តាំ៖ ☐ គំហើញធម្មតា ឬ ខ្សោយបន្តិចបន្តួច VA: $\geq 6/18$ ☐ បាត់គំហើញមធ្យម VA: $< 6/18$ Left Eye Mild or No visual impairment Moderate visual impairment ☐ បាត់គំហើញទាំងស្រុង ឬ វះកាត់យកភ្នែកចេញ $< 1/60$-NLP Blindness or removal surgery of the eye ភ្នែកខាងឆ្វេង៖ ☐ គំហើញធម្មតា ឬ ខ្សោយបន្តិចបន្តួច VA: $\geq 6/18$ ☐ បាត់គំហើញមធ្យម VA: $< 6/18$ Left Eye Mild or No visual impairment Moderate visual impairment ☐ បាត់គំហើញទាំងស្រុង ឬ វះកាត់យកភ្នែកចេញ $< 1/60$-NLP Blindness or removal surgery of the eye																
5. តើស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺតម្រូវអោយ មានការស្តារកាយសម្បទា ដែរឬទេ ? Did the patient's condition will require physical rehabilitation or not? ☐ មាន/Yes ☐ មិនមាន/No	សូមមេត្តាផ្តល់នូវរយៈពេលដែលត្រូវរក្សាទុកនៃស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺ៖ Expected period to recovery from current patient's condition: _____ ឆ្នាំ/Year _____ ខែ/Month _____ អាទិត្យ/Week																
6. តើពិការភាពខាងលើនេះបណ្តាលមកពី ឬមានពាក់ព័ន្ធទៅនឹងជំងឺ ឬកត្តាខាងក្រោមដែរ ឬទេ ? ☐ ដឹង/YES ☐ មិនដឹង/NO Are you aware the cause has any relation to the illness or factor below? (បើ “ដឹង” សូមមេត្តាផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោម / if “Yes”, please provide the information below) <table border="0"> <tr> <td>a) ជំងឺអេដស៍ (AIDS) ឬការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ (HIV)</td> <td>☐ មាន ☐ មិនមាន</td> </tr> <tr> <td>AIDS or HIV infectious</td> <td>Yes No</td> </tr> <tr> <td>b) ជំងឺពីកំណើត ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃរាងកាយពីកំណើតណាមួយ</td> <td>☐ មាន ☐ មិនមាន</td> </tr> <tr> <td>Relate to any congenital disease or congenital anomaly</td> <td>Yes No</td> </tr> <tr> <td>c) ឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង</td> <td>☐ មាន ☐ មិនមាន</td> </tr> <tr> <td>Under influence of illegal drugs or stimulant substance or alcohol</td> <td>Yes No</td> </tr> <tr> <td>d) ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្លូវចិត្តណាមួយ ឬការធ្វើអត្តឃាត</td> <td>☐ មាន ☐ មិនមាន</td> </tr> <tr> <td>Mental disease/condition or suicide</td> <td>Yes No</td> </tr> </table> មតិយោបល់បន្ថែមពីលើកត្តា ឬជំងឺខាងលើ ឬផ្សេងពីនេះ Additional comments on the illness or factor above or others: _____ _____ ។		a) ជំងឺអេដស៍ (AIDS) ឬការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ (HIV)	☐ មាន ☐ មិនមាន	AIDS or HIV infectious	Yes No	b) ជំងឺពីកំណើត ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃរាងកាយពីកំណើតណាមួយ	☐ មាន ☐ មិនមាន	Relate to any congenital disease or congenital anomaly	Yes No	c) ឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង	☐ មាន ☐ មិនមាន	Under influence of illegal drugs or stimulant substance or alcohol	Yes No	d) ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្លូវចិត្តណាមួយ ឬការធ្វើអត្តឃាត	☐ មាន ☐ មិនមាន	Mental disease/condition or suicide	Yes No
a) ជំងឺអេដស៍ (AIDS) ឬការឆ្លងមេរោគហ៊ីវ (HIV)	☐ មាន ☐ មិនមាន																
AIDS or HIV infectious	Yes No																
b) ជំងឺពីកំណើត ឬភាពមិនប្រក្រតីនៃរាងកាយពីកំណើតណាមួយ	☐ មាន ☐ មិនមាន																
Relate to any congenital disease or congenital anomaly	Yes No																
c) ឥទ្ធិពលនៃគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង	☐ មាន ☐ មិនមាន																
Under influence of illegal drugs or stimulant substance or alcohol	Yes No																
d) ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្លូវចិត្តណាមួយ ឬការធ្វើអត្តឃាត	☐ មាន ☐ មិនមាន																
Mental disease/condition or suicide	Yes No																
សូមអះអាងថាគ្រប់ព័ត៌មានដែលបំពេញក្នុងរបាយការណ៍ត្រូវពេទ្យនេះ គឺពិតជាពេញលេញត្រឹមត្រូវ ពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹង និងបទពិសោធន៍របស់ខ្ញុំ។ I hereby declare all the information filled in this physician report is sufficient and correct based on my experiences and knowledge.																	
ហត្ថលេខាត្រូវពេទ្យ Physician Signature ហត្ថលេខា/Signature: _____ ថ្ងៃទី/Date: ____/____/____ ឈ្មោះ/Name: _____ ត្រាមន្ទីរពេទ្យ/Hospital Stamp																	

បញ្ជាក់៖ សូមមេត្តាភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងលទ្ធផលនៃតេស្តផ្សេងៗ ឬឯកសារបញ្ជាក់ដែលជាកត្តាស្តែងនៃការអះអាងរបស់អ្នក 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.