

1. ក្រោម ការព្យាបាល (លេបថ្នាំ)
2. ការព្យាបាល
3. ការតាមដាន (រួមទាំងការព្យាបាល ដោយបឋមអាហារ)
4. ទុកវាចោល

សូមសរសេរ ឯស៊ីមក្រហមដោយ ប្រើ ខ្មៅដៃ ។

តើ អ្នក កំពុងលេបថ្នាំ ABC ខាងក្រោម ទេ?

	បាទ	ទេ
A. ថ្នាំ ដែលបន្ថយ សម្ពាធ ឈាម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ថ្នាំ បញ្ឈប់ ជាតិស្ករ ក្នុង ឈាម ឬការចាក់អាំងស៊ុយលីន	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ថ្នាំ កូលេស្តេរ៉ុល និងទ្រីតី សេរីក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

តើ អ្នក ធ្លាប់ ត្រូវបានគ្រូពេទ្យ ប្រាប់ថាអ្នក មានជំងឺ ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ជាដើម) ឬបានទទួលការព្យាបាលទេ?

តើ អ្នក ធ្លាប់ ត្រូវបានគ្រូពេទ្យប្រាប់ ថាអ្នក មានជំងឺ បេះដូង (angina pectoris, myocardial infarction, arrhythmia, ល) ឬបានទទួលការព្យាបាល ?

តើ អ្នក ត្រូវបានគ្រូពេទ្យ ប្រាប់ថាអ្នក មានជំងឺគ្រុនចាញ់ រោគសញ្ញា ឬខ្សោយ តម្រងនោម ឬក៏អ្នក បានទទួលការព្យាបាល (ដូចជាការលាងឈាមដោយ ស៊ីស្តូម ឬ គី) នៃ រូបិយប្រទេស?

តើ អ្នក ធ្លាប់ ត្រូវបានគ្រូពេទ្យ ប្រាប់ថាអ្នក មានភាពស្លេក ស្លាំង ឬ (រួមទាំងការបង្ហាញ ពីគ្រូពេទ្យ ពីនិរន្តរ៍ ខ្លាចភាពផងដែរ)?

ខ្ញុំ ឡើ ងទម្ងន់ ជាង ១០ គីឡូក្រាមកាំងពីអាយុ ២០ ឆ្នាំ

ធ្លាប់ ធ្វើ លំហាត់កម្លាំង ឬលើសតិចៗយ៉ាងហោច ណាស់ ៣០ នាទីក្នុង មួយសប្តាហ៍ យ៉ាងហោច ណាស់ពីរដងក្នុង មួយសប្តាហ៍ អស់រយៈពេលជាងមួយឆ្នាំ ។

ដើ រឬធ្វើ សកម្មភាព រាងកាយសមមូលយ៉ាងហោច ណាស់ 1 ម៉ោង ក្នុង មួយថ្ងៃ ដើរ ឬប្រចាំថ្ងៃ

ដើ រលើ នឹងជាមនុស្សផ្សេង ទៀត ដែលមានអាយុដូចគ្នា

ខ្ញុំ បានសម្រាកដោយ ការគេងលក់ស្រួល។

រលងអាហារពេលព្រឹកបីដង ឬប្រើ ននដក ឬមួយសប្តាហ៍

ញ៉ាំអាហារពេលល្ងាច ក្នុង រយៈពេល 2 ម៉ោង មុនពេលចូលគេង 3 ឬប្រើ ននដកនេះក្នុង មួយសប្តាហ៍

ខ្ញុំ កំពុងព្យាយាម ឃ្លាន តាមដែលអាចធ្វើ ទៅបាន ។

ខ្ញុំ ព្យាយាម ញ៉ប់បន្លែ និងសាប៊ុនសម្រុះឱ្យបាន ប្រើ នន

ខ្ញុំ កំពុងជឿ សារវាដំបូង

តើ អ្នក ទទួលបានអាហារសម្រន់ ឬក្រសែប្រួល ផ្លែឈើ បន្លែ ឬ បន្លែ ពីលើ អាហារបរិភោគ អាហារពេលព្រឹក អាហារពេលល្ងាច និងអាហារពេលល្ងាច ដែរឬទេ?

១ ជាង ៧ ដំបូង ២ ពេលខ្លះ ៣ ពិបាកលេប

តើ អ្នក ញញើត ឬបញ្ហាបើ ជឿ បនឹងអ្នក ដទៃ?

១ លើ ន ២ ជម្រុញ ៣ យឺត

បញ្ជាក់ នៅពេល ទំព័រអាហារ

១ ខ្ញុំ អាចទំព័រនឹងញញើត បាន។

២ មានកំបស់ដែលគ្រូពេទ្យ ប្រាប់ ដូចជា ធ្មេញ អញ្ជាញ ធ្មេញ និង ខាំ ដែលអាចធ្វើ ឱ្យ ពិបាកទំព័រ។

៣ ពិបាកទំព័រ

តើ អ្នក ចង់កែលម្អ ទម្លាប់ នៃរបៀបសរសេរ របស់អ្នក ដូចជាការហត់ក្បាល និងទម្រង់ លំហូរឈាមឬទេ?

១ ខ្ញុំ មិនមានបំណងកែលម្អទេ ។

២ ខ្ញុំ មានបំណងកែលម្អ (ក្នុង រយៈពេល 6 ខែ)

៣ ខ្ញុំ មានបំណងធ្វើ ឱ្យ ប្រសើរ ឡើង ក្នុង រយៈពេលអនាគតដ៏ឆ្ងាយ

៤ ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំ នឹងចាប់ផ្តើម មេតាប្រូលីន វិញ (ក្នុង រយៈពេលមួយខែ)

៥ កំពុងធ្វើ ការលើ ការកែលម្អ ចំហើយ (ក្នុង រយៈពេល 6 ខែ)

៥ កំពុងធ្វើ ការលើ ការកែលម្អ ចំហើយ (ប្រើ ននជាង 6 ខែ)

តើ អ្នក ធ្លាប់ ទទួលបានការណែនាំអំពីសុខភាពដាក់លាក់ទាក់ទងនឹងការ កែលម្អ ម្ហូប រសនៅ របស់អ្នក ដែរឬទេ?

១ បាទ ២ ទេ

ជំងឺលើ ឆ្នាំ ឈាម

អាយុ កំរិតថ្មី ឆ្នាំ ភាព

១ គ្មាន រូបិយប្រទេស ឬ ទុកវាចោល

២ បន្ត ក្នុង ដំបូង កម្រិត

៣ បន្ត ក្នុង ដំបូង កម្រិត និង បន្ត ក្នុង ដំបូង កម្រិត

៤ មានកំហុសឈាមលេចឡើង (ក្នុង រយៈពេល 6 ខែ) ឬ ផ្លែឈើ ឬ ការព្យាបាល ក្លាម ។

៥ ជួនកាលលឺក្បាល ឬ ជួនកាល

៦ រឹបមុខ ឬ រឹបមុខ

៧ ការលឺក្បាល ឬ ការលឺក្បាល នៃសម្ពាធ ធុញ ឬ ឡើង

៨ ជីកចំហោមមិនទេ ឬ ទាក់

៩ ញញើត និង ដង្ហើម មត្តិ

១០ លឺខ្លាំង

១១ ស្លាំង ឬ ឆ្នាំ ឬ ឆ្នាំ ឬ ឆ្នាំ

១២ ការលឺចាប់ឬ មិនស្រួលនៅក្នុង ដំបូង

១៣ គ្មាន ចំណង់អាហារ

១៤ ងាយនឹងរាត

១៥ ពិបាកគេង ឬ ពិបាក

១៦ អស់កម្លាំង ឬ អស់កម្លាំង ឬ អស់កម្លាំង

១៧ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

១៨ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

១៩ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២០ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២១ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២២ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៣ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៤ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៥ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៦ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៧ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៨ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

២៩ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣០ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣១ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣២ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៣ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៤ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៥ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៦ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៧ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៨ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៣៩ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤០ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤១ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤២ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៣ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៤ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៥ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៦ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៧ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៨ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៤៩ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

៥០ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

១ គ្មាន រូបិយប្រទេស ឬ ទុកវាចោល

២ បន្ត ក្នុង ដំបូង កម្រិត

៣ បន្ត ក្នុង ដំបូង កម្រិត និង បន្ត ក្នុង ដំបូង កម្រិត

៤ មានកំហុសឈាមលេចឡើង (ក្នុង រយៈពេល 6 ខែ) ឬ ផ្លែឈើ ឬ ការព្យាបាល ក្លាម ។

៥ ជួនកាលលឺក្បាល ឬ ជួនកាល

៦ រឹបមុខ ឬ រឹបមុខ

៧ ការលឺក្បាល ឬ ការលឺក្បាល នៃសម្ពាធ ធុញ ឬ ឡើង

៨ ជីកចំហោមមិនទេ ឬ ទាក់

៩ ញញើត និង ដង្ហើម មត្តិ

១០ លឺខ្លាំង

១១ ស្លាំង ឬ ឆ្នាំ ឬ ឆ្នាំ ឬ ឆ្នាំ

១២ ការលឺចាប់ឬ មិនស្រួលនៅក្នុង ដំបូង

១៣ គ្មាន ចំណង់អាហារ

១៤ ងាយនឹងរាត

១៥ ពិបាកគេង ឬ ពិបាក

១៦ អស់កម្លាំង ឬ អស់កម្លាំង ឬ អស់កម្លាំង

១៧ ផ្សេង ទៀត (ក្នុង រយៈពេល 10 តួអក្សរ)

()

ជាតិអាស៊ុយត

ភាពញញើតនៃការពិនិត្យ (ស្រាវស្រាយ, ស្រាបៀរ, ស្រាពោក ខាងលើខាងក្រោម)

១ ជាង ៧ ដំបូង ៧ ខ្ញុំ ឈប់

២ 5-6 ថ្ងៃក្នុង មួយសប្តាហ៍ ៨ ខ្ញុំ មិនជឹក

៣ 3-4 ថ្ងៃក្នុង មួយសប្តាហ៍ (ខ្ញុំ មិនចំណីក)

៤ 1-2 ថ្ងៃក្នុង មួយសប្តាហ៍

៥ 1 ទៅ 3 ថ្ងៃក្នុង មួយខែ

៦ តិចជាង 1 ថ្ងៃក្នុង មួយខែ

បរិមាណនៃជាតិអាស៊ុយតប្រើ ប្រាស់ក្នុង មួយ

១ តិចជាង 1 ពែង

២ តិចជាង 1-2 ពែង

៣ តិចជាង 2-3 ពែង

៤ តិចជាង 3-5 ពែង

៥ 5 ពែងឬប្រើ ននជាងនេះ។

1 ពែងនៃស្រា (អាស៊ុយត 15%, 180 មីលីលីត្រ) ស្រាបៀរ (អាស៊ុយត 5%, 500 មីលីលីត្រ) Shochu (អាស៊ុយត 25%, 110 មីលីលីត្រ) ស្រា (អាស៊ុយត 14%, 180 មីលីលីត្រ) វីស៊ី (អាស៊ុយត 43%, 60 មីលីលីត្រ) Chu-Hi កំប៉ុង (អាស៊ុយត 5%, 500ml) Chu-Hi កំប៉ុង (អាស៊ុយត 7% 350ml)

ថ្នាំ ជក់ (រួមទាំងបារី))

១ ការជក់បារី (ខ្ញុំ បានជក់បារីកាលពីមួយខែមុន)

២ ខ្ញុំ ធ្លាប់ ជក់បារី* (ខ្ញុំ មិនបានជក់បារី ឯមុន)

៣ កុំជក់បារី (ក្រៅពី ០០)

ជាមធ្យម រយៈពេល

ឆ្នាំ ឆ្នាំ

* បានជក់បារី ៧ ថ្ងៃ ក្នុង មួយសប្តាហ៍ ឬ បានជក់បារី ៧ ថ្ងៃ ក្នុង មួយសប្តាហ៍ 100 ដើម

សម្រាប់ស្រ្តី

តើ អ្នក មានផ្ទៃពោះ ទេ?

បាទ ទេ

មានផ្ទៃពោះ លទ្ធភាព នៃការ មានផ្ទៃពោះ ទេ

→ * មិនអាចឆ្លង កាត់ការពិនិត្យ យមហារីកស្រ្តី/មហារីកក្រពះបាន ទេ។