

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៥



សង្ខេបការព្យាបាល និង ថ្លៃសេវា

សំរាប់អ្នកជម្ងឺដែលគំាទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌

RH/2016/7-00001

**IPD**

លេខសំគាល់មូលនិធិសមធម៌ ………………………….......

|  |
| --- |
| ថ្ងៃទី........ខែ..........ឆ្នំា២០១  អ្នកសំរបសំរួល |

ប្រភេទនៃអ្នកទទួលផល ក្រ១ ក្រ២

ឈោ្មះអ្នកជម្ងឺៈ ភេទៈ អាយុ

ខេត្តៈ...........................ស្រុកៈ..............ឃុំៈ......................ភូមិៈ................

ទីតាំងៈ..................................................................................

លេខលិខិតបញ្ជូន បញ្ជូនដោយៈ មសភ មព អសភ ខ្លួនឯង ផ្សេង

ថ្ងៃចូលសំរាកពេទ្យៈ ម៉ោងចូល លេខសំណុំលិខិត

ថៃ្ងចេញពីមន្ទីពេទ្យៈ ម៉ោងចេញៈ សរុបចំនួចថៃ្ងសំរាកពេទ្យៈ ថ្ងៃ

មូលហេតុចេញៈ ជាសះស្បើយ រត់ ស្លាប់ បញ្ជូន ផ្សេងៗ

|  |  |
| --- | --- |
| កិច្ចសន្យាវះកាត់ | |
| បានពិនិត្យបញ្ជាក់ | មិនចាំបាច់ |
|  |  |

រោគវិនិច្ឆ័យចេញៈ

ចំណាត់ក្រុមជម្ងឺៈ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ជម្ងឺរាគរួស | □ជម្ងឺគ្រុនស្វិតដៃជើង | □ជម្ងឺស្បែក | □បញ្ឍប់កំណើតអចិន្រ្ដៃ (គ្រៀវ) |
| □ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ | □ជម្ងឺរលាកថ្លើម | □ជម្ងឺឆ្អឹង-សាច់ដុំ | □រលាក |
| □ជម្ងឺគ្រុនឈាម | □ជម្ងឺមហារីក | □ជម្ងឺតម្រងនោម | □ជម្ងឺទាក់ទងគ្រឿងញៀនគ្រឿងស្រវឹង |
| □ជម្ងឺប្រដាប់បន្ដពូជ | □ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម | □សំរាលកូនធម្មតា | □គ្រោះថ្នាក់ចរាចរ |
| □ជម្ងឺហ៊ីវ-អេដស៍ | □ជម្ងឺផ្លូវចិត្ដ | □សំរាលកូនពិបាក | □របួសដោយធ្លាក់-វាយតប់-សត្វខំា-បាញ់បោះ |
| □ជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើមស្រួច | □ជម្ងឺសរសៃប្រសាទ | □សំរាលកូនដោយវះកាត់ | □របួសផ្សេងៗ |
| □ជម្ងឺរបេងសួត | □ជម្ងឺភ្នែក | □កូនស្លាប់កើត | □ផ្សេងៗ |
| □ជម្ងឺសួតផ្សេងៗ | □ជម្ងឺត្រចៀក-ច្រមុះ-បំពង់ក | □កា្លយរោគក្រោយរលូត |  |
| □ជម្ងឺវះកាត់ | □ជម្ងឺលើសឈាម | □ទារកមានជម្ងឺ |  |
| □ជម្ងឺរលាកស្រោមខួរក្បាល | □ជម្ងឺបេះដូង | □ទារកមិនធម្មតាពីកំណើត |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| លេខរៀង | រាយមុខសេវាដែលបានផ្ដល់ | ថ្លៃសេវា |
| ១ |  |  |
| ២ |  |  |
| ៣ |  |  |
|  | សរុប |  |

តំលៃសរុប (ជាអក្សរ) :

ថៃ្ងទីៈ ខែ ឆ្នាំ២០១ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នំា២០១ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នំា២០១

ស្នាមមេដៃអ្នកជម្ងឺ ឫអ្នកកំដរ ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ /ឈោ្មះ ប្រធានគណៈកម្មាការហិរញ្ញប្បទាន