





















រោគរលាកពោះវៀន (ROTAVIRUS)					
ផ្សេងៗ/របេង					
<b>ធ្វើតេស្តរួមទាំងគ្មានការរោគ</b>	<b>ថ្ងៃធ្វើតេស្ត</b>	<b>កំណត់សម្គាល់នៅទីនេះ ប្រសិនបើលទ្ធផលកំពុងរងការប្រមូលប្រក្រតី</b>			
សំណ					
កង្វះឈាមក្រហម (HGB/HCT)					
វិភាគទឹកនោម (UA) ពេលមានអាយុ ៥ ឆ្នាំ					
ត្រចៀក (អត្តនោម័តរហូតដល់ ៤ ឆ្នាំ)					
ភ្នែក (អត្តនោម័តរហូតដល់ ៣ ឆ្នាំ)					
ពិនិត្យធ្មេញដោយអ្នកជំនាញ					
<b>បញ្ជាក់សុខភាព ឬតម្រូវការពិសេស ការណែនាំឱ្យ ព្យាបាល/ថ្នាំ/ការថែទាំពិសេស (ភ្ជាប់សន្លឹកបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់)</b> <input type="checkbox"/> គ្មានទេ <span style="float: right;"><b>ថ្ងៃណាត់ជួបបន្ទាប់ - ខែ/ឆ្នាំ</b></span>					
ក្រុមផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ៖		ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ ឬគិលានុបដ្ឋាស្ថាតំជំនាញ (CRNP)៖			
អាសយដ្ឋាន៖					
ស៊ីត ខូដ៖	ទូរស័ព្ទ៖	លេខអាជ្ញាប័ណ្ណ៖	ថ្ងៃខែចុះហត្ថលេខាលើលិខិត៖		

**លេខ ៣៖ សុខភាពធ្មេញ/លិខិតពិនិត្យធ្មេញ របស់ក្មេង (#3: CHILD DENTAL HEALTH/DENTAL EXAM FORM)**

ឈ្មោះក្មេង \_\_\_\_\_ ថ្ងៃកំណើត \_\_\_\_\_

**ផ្នែកទី ១៖ បំពេញដោយ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល**

- តើកូនលោកអ្នកបានទៅជួបពេទ្យធ្មេញដែរឬទេ?  អត់ទេ  បាន - បើ 'បាន' ថ្ងៃខែដែលក្មេងទៅជួបពេទ្យធ្មេញចុងក្រោយ \_\_\_\_\_
- តើកូនរបស់លោកអ្នកមាន ធ្មេញប្រហោង ឬដង្កូវស៊ី ដែរឬទេ?  អត់ទេ  មាន - បើ 'មាន' តើមានប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_
- តើកូនរបស់លោកអ្នកមានបញ្ហាធ្មេញ អញ្ចាញ ឬមាត់ របស់គេ ដែរឬទេ?  អត់ទេ  មាន  
បើ 'មាន' សូមរៀបរាប់ \_\_\_\_\_
- តើកូនរបស់លោកអ្នកដុះធ្មេញរបស់គេប៉ុន្មានដងក្នុងមួយថ្ងៃ? \_\_\_\_\_

**ផ្នែកទី ២៖ បំពេញដោយ ពេទ្យធ្មេញរបស់ក្មេង**

- ថ្ងៃខែដែលក្មេងបានជួបក្នុងពេលថ្មីៗសម្រាប់៖  
ការពិនិត្យធ្មេញ \_\_\_\_\_ ការសម្អាតធ្មេញ \_\_\_\_\_ ការព្យាបាលដោយប្រើ ហ្គ្លុយអ៊ូរីត (Fluoride) \_\_\_\_\_
- តើក្មេងរងការត្រូវការ ការព្យាបាលធ្មេញដែរឬទេ?  អត់ទេ  ធ្លាប់  
បើ ធ្លាប់ ប្រភេទនៃការព្យាបាលធ្មេញ \_\_\_\_\_  
តើការព្យាបាលធ្មេញបានចប់ហើយឬនៅ?  នៅទេ  ចប់ហើយ - បើ 'ចប់ហើយ' ថ្ងៃខែបញ្ចប់ \_\_\_\_\_



