



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____	M.O.	
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - KHMER/ខ្មែរ

ការណែនាំ

សំណួរចំនួនដប់ខាងក្រោមនេះសួរលោកអ្នកថា តើលោកអ្នកមានអារម្មណ៍យ៉ាងណាដែរក្នុង រយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ។
ចំពោះសំណួរនីមួយៗ សូមគូសក្នុងរង្វង់ដែលពណ៌នាពីភាពញឹកញាប់ដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ដូច្នោះ។

	មិនដែលមាន	មានបន្តិចបន្តួច	មានពេលខ្លះ	មានភាគច្រើន	មានគ្រប់ពេលវេលា
1. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍អស់កម្លាំងដោយគ្មានហេតុផល?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ច្រូលច្រាលក្នុងចិត្ត?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ច្រូលច្រាលក្នុងចិត្តយ៉ាងខ្លាំងរហូតដល់គ្មានអ្វីអាចធ្វើអោយលោកអ្នកស្ងប់ ចិត្តបាន?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍អស់សង្ឃឹម?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍រសាប់រសល់ ឬនៅមិនស្ងៀម?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍រសាប់រសល់យ៉ាងខ្លាំងរហូតដល់អង្គុយនៅស្ងៀមមិនបាន?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ធ្លាក់ទឹកចិត្ត?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាការងារអ្វីៗ ហាក់បីដូចជាត្រូវការប្រឹងប្រែងខ្លាំង?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ស្រងូតស្រងាត់ខ្លាំងរហូតដល់គ្មានអ្វីអាចធ្វើអោយលោកអ្នករីករាយបាន?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលលោកអ្នកមានអារម្មណ៍ថាខ្លួនគ្មានតម្លៃ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

សូមបើកទំព័រថ្មីដើម្បីបន្តទៀត



SMR060978

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928 271213

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - KHMER/ខ្មែរ
SMR060.978



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____/____/____

M.O.

Facility:

ADDRESS

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

សំណួរបីបួនខាងក្រោមនេះចង់ដឹងថាតើអារម្មណ៍ទាំងនេះ អាចប៉ះពាល់ដល់លោកអ្នកយ៉ាងណា **ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ។**

លោកអ្នកមិនចាំបាច់ឆ្លើយសំណួរទាំងនេះទេ ប្រសិនបើលោកអ្នកឆ្លើយថា “មិនដែលមាន”លើសំណួរទាំង ១០ខាងលើអំពីអារម្មណ៍ទាំងនេះ។

11. ក្នុងរយៈពេល បួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើមានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃ ដែលលោកអ្នកមិនអាចធ្វើការ ឬសិក្សា ឬចាត់ចែងការងារប្រចាំថ្ងៃបាន ទាល់តែសារៈដោយសារតែអារម្មណ៍ទាំងនេះ? (ចំនួនថ្ងៃ)

12. (ក្រៅពីថ្ងៃទាំងនោះ) ក្នុងរយៈពេល បួន សប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើមានចំនួនប៉ុន្មានថ្ងៃ ដែលលោកអ្នកអាចធ្វើការ ឬសិក្សា ឬចាត់ចែងការ ងារប្រចាំថ្ងៃបានតែត្រូវកាត់បន្ថយនូវអ្វីដែលលោកអ្នកធ្វើដោយសារតែអារម្ម ណ៍ទាំងនេះ? (ចំនួនថ្ងៃ)

13. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើលោកអ្នកបានទៅជួបគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតពីអារម្មណ៍ទាំងនេះទេ? (ចំនួនប៉ុន្មានដងដែលទៅជួបពិគ្រោះយោបល់)

14. ក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍កន្លងមកនេះ តើញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែលបញ្ហាសុខ ភាពរាងកាយជាបញ្ហាចំបងនៃអារម្មណ៍ទាំងនេះ?

មិនដែលមាន

មានបន្តិចបន្តួច

មានពេលខ្លះ

មានភាគច្រើន

មានគ្រប់ពេលវេលា

សូមអរគុណដែលបានបំពេញសំណួរទាំងនេះ។

សូមប្រគល់ក្រដាសនេះទៅអោយបុគ្គលិកដែលស្នើអោយលោកអ្នកឆ្លើយសំណួរទាំងនេះ។

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes:

K10 score

Staff comments:
.....
.....
.....

Staff name: Signature: Designation: Date:

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

