

ព័ត៌មានសំរាប់មាតាបិតា

គឺសារៈសំខាន់ណាស់ ដែលព័ត៌មានស្នើសុំទាំងអស់ត្រូវតែបំពេញ

ឈ្មោះត្រកូលក្មេង ឈ្មោះរបស់ក្មេង

លេខផ្ទះ វិថី (ផ្លូវ) លេខល្វែង

ទីក្រុង រដ្ឋ លេខតំបន់

() ()

ទូរស័ព្ទផ្ទះ ទូរស័ព្ទធ្វើការ

ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត: ____/____/____ ប្រុស ស្រី

ឈ្មោះត្រកូល ឈ្មោះមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល

ឈ្មោះត្រកូល ឈ្មោះមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល

ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ តើកូនរបស់លោកអ្នកបានទទួល៖

- ពិនិត្យភ្នែកពីគ្រូពេទ្យភ្នែកឬទេ? បាទ / ទេ
- ជីនតាសំរាប់អាន ពីគ្រូពេទ្យភ្នែកទេ? បាទ / ទេ

បើបានទទួល ពេលណា? ____/____/____ (ពេលពិនិត្យចុងក្រោយ)

ឈ្មោះពេទ្យភ្នែក: _____

អាសយដ្ឋានពេទ្យភ្នែក: _____

ការពិនិត្យភ្នែក

ជាផ្នែកមួយនៃការពិនិត្យភ្នែក គេប្រើទឹកថ្នាំបន្តក់ភ្នែក ដែលធ្វើឲ្យភ្នែកបានសម្រាក ធ្វើឲ្យប្រស្រើកធំ និងការពារលទ្ធភាពមើលឆ្កោតលើវត្ថុជិតៗ។ វាមានការលើកស្ទួយប្រសិនបើ កាលណាគេដាក់ទឹកថ្នាំបន្តក់នេះ។ ប្រសិនបើភ្នែកនឹងនៅរីកធំ ប្រហែលអស់រយៈពេលប្រាំមួយម៉ោង។ គេប្រើទឹកថ្នាំបន្តក់ភ្នែកនេះជាធម្មតា ក្នុងការពិនិត្យភ្នែករបស់ទារកនិងកូនក្មេង និងវាក៏ជារបៀបថែទាំភ្នែកទូទៅ នៅក្នុងការិយាល័យគ្រូពេទ្យភ្នែក សំរាប់ការពិនិត្យភ្នែក។

ព័ត៌មានសំរាប់ការធានារ៉ាប់រង

លេខប័ណ្ណម៉ាស់ហែលស៍ (Mass Health Card Number)

____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

លេខគណីស៊ី (Policy Number)

ការធានាសុខភាពផ្សេងទៀត

ឈ្មោះផែនការធានារ៉ាប់រង:

លេខគណីស៊ី# _____

ឈ្មោះអ្នកសុំប្រើទិញ _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើតអ្នកសុំប្រើទិញ: ____/____/____

កូនរបស់ខ្ញុំមិនមានការធានាសុខភាពនៅពេលនេះទេ។
ខ្ញុំសូមចង់ដឹងនូវវិធីផ្សេង ដើម្បីឲ្យកូនខ្ញុំបានទទួលការថែទាំភ្នែក តាមកម្មវិធីនេះផង។

ដោយអនុលោមតាមគោលការណ៍នេះ ខ្ញុំស្នើសុំអំណាចផលវិជ្ជមានប្រចាំវិជ្ជាស្ថានភ្នែកនិងគ្លីនិក ដើម្បីពិនិត្យភ្នែករបស់កូនខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការស្នើសុំអំណាចរបស់ខ្ញុំនេះនឹងអនុញ្ញាត នូវការពិនិត្យភ្នែកដ៏ពេញលេញមួយ គឺមានទាំងការពិនិត្យភ្នែករបស់កូនខ្ញុំ ដោយដាក់ដំណាក់ទឹកថ្នាំភ្នែក។ ខ្ញុំស្នើសុំអំណាចផលវិជ្ជាស្ថាន ឲ្យចែកចាយលទ្ធផលនៃការពិនិត្យភ្នែករបស់កូនខ្ញុំនេះ ជាមួយគ្រូបង្រៀន ជាមួយគ្រូពេទ្យប្រចាំសាលារៀន និងជាមួយបុគ្គលិកសាលារៀនដទៃទៀត ដែលគួរឯងដែរ។

ដោយអនុលោម ខ្ញុំស្នើសុំអំណាចផលវិជ្ជាស្ថានភ្នែក ដើម្បីព្រលែងព័ត៌មានដ៏ចាំបាច់ ក្នុងគោលបំណងធ្វើប័ណ្ណទារកប្រាក់ និងបញ្ជាក់ភ្នែកដ៏ពិតមានខាងពេទ្យរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ព្យាបាល, បង់ថ្លៃឈ្នួល និងដំណើរការណ៍ថែទាំសុខភាពផង។ ខ្ញុំប្រគល់នូវផលកម្រៃខាងពេទ្យដែលខ្ញុំមានទាំងអស់ ឲ្យផលវិជ្ជាស្ថានភ្នែក។ ខ្ញុំព្រមព្រៀងថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចេញថ្លៃ co-pay ឬ ថ្លៃរួមផ្សំ (deductibles) ដូចមានបញ្ជាក់នៅក្នុងការពន្យល់ប្រាប់អំពីផលកម្រៃស្រាប់។ តាមការយល់ដឹងដ៏ច្បាស់បំផុតរបស់ខ្ញុំ ព័ត៌មានទាំងប៉ុន្មានខាងលើគឺពិតហើយត្រឹមត្រូវទៀតផង។ ខ្ញុំបានអាននិងយល់នូវកម្មវិធីភ្នែកនេះ និងខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យកូនខ្ញុំចូលរួម។ សេចក្តីប្រកាសអំពីការអនុវត្តន៍ដោយឡែកគឺមានទុកសម្រាប់ខ្ញុំត្រូវការផងដែរ។

X _____

ហត្ថលេខាមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល

_____/____/____

សរសេរឈ្មោះឲ្យច្បាស់ៗ កាលបរិច្ឆេទ

_____-____-____

សាច់សន្តានជាមួយក្មេង លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ

NEW ENGLAND EYE ON-SIGHT

កន្លែងពិនិត្យភ្នែកលឿន



កំពុងតែមកកាន់សាលារៀនរបស់លោកអ្នកហើយ!
កូនរបស់លោកអ្នកអាចទទួល៖

- ការពិនិត្យភ្នែកដ៏ពេញលេញ ដោយគ្រូពេទ្យភ្នែកសំរាប់ក្មេងៗ
- សំបុត្រពេទ្យភ្នែកជីនតា បើត្រូវការ
- ជីនតាសម្រាប់អាន កាត់បានភ្លាម ក្នុងថ្ងៃពិនិត្យភ្នែកកូនលោកអ្នក
- លទ្ធផលនៃការពិនិត្យភ្នែក នៅក្នុងសំបុត្រមួយ ធ្វើទៅផ្ទះ ឬ ទូរស័ព្ទទៅឲ្យដឹង ជាមួយនឹងការផ្តល់យោបល់ឲ្យមកជួបថែទាំភ្នែក នៅលើកក្រោយទៀតផងដែរ។

គេសុំឲ្យយោបល់ថា ក្មេងៗចូលសាលារៀន គួរតែទទួលការពិនិត្យភ្នែកដ៏ពេញលេញមួយ រៀងរាល់ 1-2 ឆ្នាំម្តង។

- បាទ ខ្ញុំចូលចិត្តឲ្យកូនខ្ញុំមានការពិនិត្យភ្នែកដ៏ពេញលេញមួយ
- ទេ ខ្ញុំមិនអនុញ្ញាតឲ្យកូនខ្ញុំចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះទេ

ឈ្មោះក្មេង: _____

សាលារៀន: _____

ទំនាក់ទំនង: www.newenglandeye.org

ទូរស័ព្ទ: (617) 587-5700

ឈ្មោះក្មេង: _____

ឈ្មោះ គ្រូពេទ្យ/ផ្នែកពិនិត្យភ្នែក/អាយុរបស់កូន: _____

ទូរស័ព្ទ/ផ្ញើសារ: _____

អាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យ: _____

រោគសញ្ញាដើម្បីពិនិត្យ:

មាន	អ្វី	យូរប៉ុណ្ណា?	មាន	អ្វី	យូរប៉ុណ្ណា?
<input type="checkbox"/>	មើលឃើញព្រិលៗ	_____	<input type="checkbox"/>	ភ្នែកស្លឹ	_____
<input type="checkbox"/>	ភ្នែកទន់តាមពេលវេលា	_____	<input type="checkbox"/>	ទឹកភ្នែកហូរញឹក	_____
<input type="checkbox"/>	ភ្នែកព្រិលៗ	_____	<input type="checkbox"/>	ភាពរហ័សលឺលឺ	_____
<input type="checkbox"/>	ឈឺក្បាលញឹកញាប់	_____	<input type="checkbox"/>	ផលប៉ះពាល់ផ្សេងៗ	_____
<input type="checkbox"/>	មើលឃើញរង្វាស់	_____	<input type="checkbox"/>	ប្តូរផ្លាស់ក្នុងការសម្លឹងនៅក្នុងភ្នែក	_____
<input type="checkbox"/>	ញិវត្តន៍ទាំងពេក	_____	<input type="checkbox"/>	ជួនស្ម័គ្រមានការលំបាក	_____

ប្រតិបត្តិការបញ្ជាក់ទាំងឡាយ: តើអ្នកដើម្បីមានបញ្ហាណាមួយ ដូចខាងក្រោមនេះទេ?

មាន	អ្វី	ពីពេលណា	មាន	អ្វី	ពីពេលណា	ពេលវេលា
<input type="checkbox"/>	ទទួលបានការពិនិត្យភ្នែកពីគ្រូពេទ្យភ្នែក	_____	<input type="checkbox"/>	របួសភ្នែក	_____	_____
<input type="checkbox"/>	ដំនត់សម្រាប់អាន	_____	<input type="checkbox"/>	ទទួលបានការវះកាត់ភ្នែក	_____	_____
<input type="checkbox"/>	របាំងភ្នែក	_____	<input type="checkbox"/>	បញ្ជាក់ភ្នែកផ្សេងៗទៀត	_____	_____

ប្រវត្តិកំណើត:

ទម្ងន់ពេលកើត: _____lb. _____OZ

មាន **អ្វី** **បើមាន បញ្ហានោះគឺអ្វី?**

<input type="checkbox"/>	បញ្ហា ក្នុងរយៈពេលមានផ្ទៃពោះ	_____	<input type="checkbox"/>	ប្រសូតចេញ 2 សប្តាហ៍ មុននឹងក្រោយពេលកើតធម្មតា	_____
<input type="checkbox"/>	បញ្ហាក្នុងរយៈពេលសំអាតកូន ឬសំអាតកូនដោយប្រើឧបករណ៍ជួយទាញយកកូន	_____	<input type="checkbox"/>	ទារកថែទុកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយសារមានជំងឺ	_____
<input type="checkbox"/>	កូនប្រសូតចេញដោយវះស្បូន	_____	<input type="checkbox"/>	ការរីកលូតលាស់ពន្យារពេល	_____

បញ្ហាសុខភាពបន្ថែមៗទៀត:

មាន	អ្វី	មាន	អ្វី
<input type="checkbox"/>	ឆ័យបំពង់	<input type="checkbox"/>	គ្រុនក្តៅ ឬ ស្រកទម្ងន់
<input type="checkbox"/>	ដំបៅក្នុងត្រចៀកឬក្បាល	<input type="checkbox"/>	ទន់ខ្សោយក្នុងការប្រុងស្មារតី
<input type="checkbox"/>	បញ្ហាត្រចៀក ទ្រមុះ ឬបំពង់កផ្សេងៗទៀត	<input type="checkbox"/>	តើក្មេងមានផែនការអប់រំពិសេស(IEP)ទេ?
<input type="checkbox"/>	បញ្ហារយៈពេល	<input type="checkbox"/>	ផ្សេងៗទៀត: _____
<input type="checkbox"/>	ឆ័យស្លុត	<input type="checkbox"/>	ឆ័យប្រតិកម្ម (សូមរាយបញ្ជី): _____
<input type="checkbox"/>	បញ្ហាសរសៃប្រសាទ		

មូលដ្ឋានទិន្នន័យ:

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

ប្រតិបត្តិការ: មានបញ្ហាសុខភាពអ្នកជំងឺណាមួយ (ម្តាយ, ម៉ែពួក, បងប្អូនស្រី, បងប្អូនប្រុស) មានបញ្ហាដូចខាងក្រោមនេះទេ?

មាន	19	អ្នកណាមួយ?	មាន	19	អ្នកណាមួយ?
<input type="checkbox"/>	ភ្នែកខ្វះ	_____	<input type="checkbox"/>	ស្បែករាំងភ្នែកពីកុមារភាព	_____
<input type="checkbox"/>	ភ្នែកឆ្ងាយហត់	_____	<input type="checkbox"/>	ភ្នែករាំងភ្នែកដោយសម្លេងពីកុមារភាព	_____
<input type="checkbox"/>	ព្យាបាលដោយការវះកាត់	_____	<input type="checkbox"/>	ឆ័យភ្នែកធ្ងន់ធ្ងរនៃទ្រូត	_____
<input type="checkbox"/>	ភ្នែកស្លឹបភ្នែកកែត	_____	<input type="checkbox"/>	ឆ័យធ្ងន់ធ្ងរផ្សេងៗទៀត	_____
<input type="checkbox"/>	វះកាត់សាច់ដុំភ្នែក	_____	<input type="checkbox"/>	តើម្តាយឪពុកនៅសំខាន់ណាមួយទេ?	_____
<input type="checkbox"/>	ប្រើថ្នាំធាមុនអាយុ 6 ខែ	_____			

សញ្ញាតិរបស់ក្មេង?

ស្បែកស អាស៊ី
 ស្បែកខ្មៅ ផែនពាស/ពាង/ប៉ាស៊ីហ្វិក
 Reviewed by: _____
 Dr: _____
 Date: _____
 Your Child's Eye Health in Khmer