

សំណួរទាក់ទងនឹងការព្យាបាល
TREATMENT QUESTIONNAIRE

លេខទូរស័ព្ទមិនគិតថ្លៃ: 1-800-562-3022
PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	លេខទូរស័ព្ទ អ្នកជំងឺ ()			
<p>ចំពោះប្រព័ន្ធនេះ ហើយប្រគល់ក្នុងស្រុកសំខាន់ដែលមានបង់ថ្លៃតែម្តងសម្រាប់ការព្យាបាលយើងហើយ។ យើងបានបង់ប្រាក់ពិនិត្យព្យាបាលជំងឺរបស់ _____ ដែលបានធ្វើវិភាគប្រាក់ចំណូលយើងដោយ _____ សំរាប់សេវានៅថ្ងៃទី _____ ។</p> <p>ដោយស្របតាមច្បាប់យើងត្រូវតែស្វែងរកមើលសិនជាមានក្រុមហ៊ុនធានា រ៉ាប់រងណាដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ ប្រើទំនងនេះដើម្បីប្រាប់ពួកយើងពីមូលហេតុដែលបណ្តាលឱ្យមានការព្យាបាលនេះ។</p>				
A. ព័ត៌មានស្តីអំពី ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់				
<p>មូលហេតុដែលបណ្តាលឱ្យយើង</p> <p><input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ <input type="checkbox"/> រងរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ</p> <p><input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់ដែលបណ្តាលមកពីការរំលោភចំពោះ <input type="checkbox"/> ជំងឺប្រចាំកាយ(ដូចជា: ទឹកនោមផ្អែម, ជំងឺខ្លះទឹកសន្ធាក់ ។ល។)</p> <p style="text-align: center;">(រំលងផ្នែក A, B, & C; ចំពោះផ្នែក D នៅខាងខ្ទង់ក្រដាស)</p> <p><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បណ្តាលមកពីការធ្វើសរសៃឬ គ្នាក់) _____</p>				
ថ្ងៃ ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់				
រាយឈ្មោះអ្នកជំងឺក្នុង ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់ នេះ				
ទីកន្លែងនៃ ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់ នេះបង្កឡើង				
អាសយដ្ឋាន ផ្លូវ	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:25%; text-align: center;">ទីក្រុង</td> <td style="width:25%; text-align: center;">រដ្ឋ</td> <td style="width:50%; text-align: center;">ស្រុក</td> </tr> </table>	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស្រុក
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស្រុក		
B. ព័ត៌មានរបស់មេធាវីសំរាប់ ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់				
តើអ្នកបានជួលមេធាវីមួយដោយសារតែ ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់នេះរឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ ឬ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ បើសិនជាមានសូមបំពេញផ្នែកនេះ				
ឈ្មោះ មេធាវី	លេខទូរស័ព្ទ មេធាវី ()			
អាសយដ្ឋាន មេធាវី	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:25%; text-align: center;">ទីក្រុង</td> <td style="width:25%; text-align: center;">រដ្ឋ</td> <td style="width:50%; text-align: center;">លេខកូដ ZIP</td> </tr> </table>	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP
ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដ ZIP		
<p>ស្ថានភាពរៀនក្តី</p> <p><input type="checkbox"/> ចាប់ផ្តើម រឺ កំពុងដំណើរការ <input type="checkbox"/> ដោះស្រាយ <input type="checkbox"/> រៀនក្តីបានបាត់</p>	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">កាលបរិច្ឆេទដែលបានដោះស្រាយ</td> <td style="width:67%; text-align: center;">កាលបរិច្ឆេទដែលបានបាត់</td> </tr> </table>	កាលបរិច្ឆេទដែលបានដោះស្រាយ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានបាត់	
កាលបរិច្ឆេទដែលបានដោះស្រាយ	កាលបរិច្ឆេទដែលបានបាត់			
C. ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងសំរាប់ ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់				
តើមានរកឃើញកំហុសបុគ្គលណាម្នាក់រឺទេ? (តើមាននរណាម្នាក់ទទួលបានសំបុត្រពិន័យរឺទេ?) <input type="checkbox"/> បាទ ឬ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
បើសិនជាមាន, តើអ្នកណា?) _____				
តើមានសមាជិកក្នុងគ្រួសារអ្នកក្នុង ឧបទ្វីបហេតុ ឬ គ្រោះថ្នាក់ នេះរឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ ឬ ចាស <input type="checkbox"/> ទេ				
បើសិនជាមាន, អ្នកណា?) _____				

សូមបំពេញទំនងទាំងសងខាង

បុគ្គលទី ១ គឺ: <input type="checkbox"/> អ្នកបើរថយន្ត រឺ អ្នកប្រឡូន <input type="checkbox"/> អ្នកដំណើរ <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ឡាន (ក្រុមអ្នកធ្វើខុស) <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិ <input type="checkbox"/> ម្ចាស់អាជីវកម្ម <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:			
ឈ្មោះ:			លេខ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណប័ណ្ណប័ណ្ណ
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដZIP
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង			
អាសយដ្ឋាន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដZIP
អ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង			លេខទូរស័ព្ទ ()
ឈ្មោះ អ្នកធានា	លេខ ច័ណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រង	លេខ ទាមទារភាពវិញ	
<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងទទួលខុសត្រូវ <input type="checkbox"/> ការធានាព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ខ្លួន			
បុគ្គលទី ២ គឺ: <input type="checkbox"/> អ្នកបើរថយន្ត រឺ អ្នកប្រឡូន <input type="checkbox"/> អ្នកដំណើរ <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ឡាន (ក្រុមអ្នកធ្វើខុស) <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ទ្រព្យសម្បត្តិ <input type="checkbox"/> ម្ចាស់អាជីវកម្ម <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ:			
ឈ្មោះ:			លេខ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណប័ណ្ណប័ណ្ណ
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដZIP
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង			
អាសយដ្ឋាន ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ទីក្រុង	Rដ្ឋ	លេខកូដZIP
អ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង			លេខទូរស័ព្ទ ()
ឈ្មោះ អ្នកធានា	លេខ ច័ណ្ណសន្យាធានារ៉ាប់រង	លេខ ទាមទារភាពវិញ	
<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងទទួលខុសត្រូវ <input type="checkbox"/> ការធានាព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ខ្លួន			
<i>បើសិនជាអ្នកមានការរាយការណ៍របស់ប្តី/ស្រី រឺ ភាគធានារ៉ាប់រងដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាលនេះ សូមភ្ជាប់មកជាមួយផង</i>			
D. ដំណើររឿងហេតុ ប្រាប់យើងនូវព្រឹត្តិការណ៍ដែលបានកើតឡើង។ បើសិនជាអ្នកគិតមានរណាធ្វើកំហុសអ្វីមួយ ប្រាប់យើងពីមូលហេតុ។ បើសិនជាជំងឺនេះទៅតែបន្តទៅរកការព្យាបាលបន្ថែមទៀត ប្រាប់យើងពីសំណើព្រះពេទ៌ដែលបានប្រាប់ទៅអ្នក។ ប្រើក្រដាសបន្ថែមនូវព័ត៌មានបន្ថែមបើសិនជាត្រូវការ។			