

ຊື່ຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_

ເລກປະຈຳຕົວຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_  
ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_\_

**I. ໄວ້ຂໍຂອບຮັບໃນອັນດັບທີ່ຖືກຕ້ອງ** (ຖ້າບໍ່ເຂົ້າໃຈສຳຄຸນໃຫ້ຢືນໃຈໃນວັນຕໍ່ມາ) :

- 1. ກີ ບໍ່ມີ ສະພາບສົ່ງໄປຂອງທ່ານບໍ່ມີ?
- 2. ມີ ບໍ່ມີ ມາຍໃນຍົກມາບໍ່ສະພາບຂອງທ່ານໄດ້ມີການປ່ຽນແປງຫລືບໍ່?
- 3. ນອນ ບໍ່ນອນ ມາຍໃນສາມປີທີ່ຜ່ານມາບໍ່ສາມເດືອນນອນໂຮງໝໍຫລືຄົນເປັນພະຍາດຮ້າຍແຮງຫລືບໍ່?
- 4. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ທ່ານກຳລັງຮັບການຍິນຍົວຈາກທ່ານສົດຮຽວບໍ່ມີ? ສຳລັບທັງ: \_\_\_\_\_  
ທີ່ສອດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການກວດຮ່າງການແມ່ນວັນທີ: \_\_\_\_\_ ທີ່ສອດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການກວດແຂ້ວແມ່ນວັນທີ: \_\_\_\_\_
- 5. ເສຍ ບໍ່ເສຍ ທ່ານເສຍນິ້ວຫນ້າການຍິນຍົວແຂ້ວບໍ່?
- 6. ເຈັບ ບໍ່ເຈັບ ທ່ານເຈັບປວດຮຽວບໍ່ມີ?

**II. ທ່ານເລີຍມີອາການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່:**

- 7. ເຈັບ ບໍ່ເຈັບ ເຈັບໜ້າເອິກ (ບໍ່ອບໝາກຫົວໃຈ) ຫລືບໍ່? **18.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເວັ້ນຫົວບໍ່?
- 8. ໃຊ້ ບໍ່ໃຊ້ ຂີ່ຕີບໃຫ້ສົມບໍ່? **19.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຫຼຸດຮຸນບໍ່?
- 9. ຮັດ ບໍ່ຮັດ ຫາຍໃຈຮັດບໍ່? **20.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເຈັບຫົວບໍ່?
- 10. ມີ ບໍ່ມີ ໃນຍົກມາມີມີການຫລຸດນ້ຳໜັກ, ອາການໄຂ້, ຫລືຫລືອອກກຸງຄືບໍ່? **21.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເປັນລິມບໍ່?
- 11. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການໄອທີ່ບໍ່ເຊົາ, ໄອເປັນເຮືອນບໍ່? **22.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຕາອາວຍບໍ່?
- 12. ມີ ບໍ່ມີ ມີນິ້ວຫນ້າເສືອດອອກ, ເປັນນ້ຳຊ້າງບຽນບໍ່? **23.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເປັນຮີກບໍ່?
- 13. ມີ ບໍ່ມີ ມີນິ້ວຫນ້າເຖິງອາການບໍ່? **24.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເຫຼົ້າຫລອບເກັບໄປບໍ່?
- 14. ມີ ບໍ່ມີ ມີນິ້ວຫນ້າເກັບອາການບໍ່? **25.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຖ່າຍເບິ່ງບໍ່?
- 15. ມີ ບໍ່ມີ ຈິງຫ້ອງ, ຫ້ອງຜູກ, ມີເສືອດໃນອາຈີນບໍ່? **26.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການປາກແຂງຫ້ອງບໍ່?
- 16. ມີ ບໍ່ມີ ມັກຮາກ, ມັກປວດຮາກເລືອບຽນບໍ່? **27.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເປັນພະຍາດເຫລືອງບໍ່?
- 17. ມີ ບໍ່ມີ ມີນິ້ວຫນ້າຖ່າຍເບິ່ງບໍ່, ມີເສືອດໃນນ້ຳປັດສາວະ (ບໍ່ຮຽວ) ບໍ່? **28.** ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເຈັບຄໍຄໍບໍ່, ອາການຂອງຕີງບໍ່?

**III. ທ່ານເປັນອາການໃດກຳລັງໄປໃນປັດຈຸບັນນີ້ຫລືເລີຍບໍ່ມີ:**

- 29. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ເປັນພະຍາດຫົວໃຈບໍ່?
- 30. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຫົວໃຈວາຍ, ຫລືມີອາການຫົວໃຈຜິດປົກກະຕິບໍ່?
- 31. ມີ ບໍ່ມີ ມີສຽງແຮງວາຈາກການໄຫລຂອງເລືອດນ່ານຫົວໃຈຜິດປົກກະຕິບໍ່?
- 32. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ເປັນປະຕິຮຽນສະຫນ້າບໍ່?
- 33. ມີ ບໍ່ມີ ມີຊັບປັດສາດສະໝອງບໍ່, ມີອາການເສັ້ນເສືອດແຮງໝາຂອງບໍ່?
- 34. ມີ ບໍ່ມີ ມີຄວາມເກັບເສືອດສູງບໍ່?
- 35. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ເປັນຫົດ, ປອດແຂງ, ພອງຄິມ, ຫລືພະຍາດປອດປາກຊິບຽນບໍ່?
- 36. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ເປັນພະຍາດຕັນຈັກສອນ, ພະຍາດຕັນປາກຊິບຽນບໍ່?
- 37. ມີ ບໍ່ມີ ມີນິ້ວຫນ້າກະແຈກກະຫາຍ, ມີແຜ່ນໃນກະແຈກກະຫາຍບໍ່?
- 38. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເພີ່ມເຕີມ: ຢາ, ອາຫານ, ຢາຍິນຍົວໃດກຳລັງ, ຫລືຕໍ່ປາກແຂງຫ້ອງບໍ່?
- 39. ມີ ບໍ່ມີ ຄອບຄົວມີປະສິດທິການເປັນຍົກຫວານ, ນິ້ວຫນ້າຫົວໃຈ, ເບື້ອງອາຫລືບໍ່?
- 40. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ພະຍາດເລືອດບໍ່?
- 41. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ເບື້ອງອາ, ພະຍາດແຂ້ວບໍ່?
- 42. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ຄໍາກະທຳອັດສອນ, ເປັນປະຕິຮຽນບໍ່?
- 43. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ພະຍາດຕາບໍ່?
- 44. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ພະຍາດເວັ້ນຫົວບໍ່?
- 45. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ເສືອດຈາກບໍ່?
- 46. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ການປະໂຫຍດ (ຊີວິດຫລືພະຍາດໝອງໃນ) ບໍ່?
- 47. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ຕາບເກັບ (ພະຍາດເວັ້ນຫົວເປັນພະຍາດໝອງ) ບໍ່?
- 48. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ພະຍາດພາກໄຂ້ຫລືງ, ມີກໍ່ບໍ່ຮຽວບໍ່?
- 49. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ພະຍາດຕາເປັນເສືອດ, ຕໍ່ອບໝາກໄຂ້ຫລືງບໍ່?
- 50. ສ່ວນ ບໍ່ສ່ວນ ພະຍາດເບິ່ງຫວານບໍ່?

**IV. ທ່ານໄດ້ຮັບການຍິນຍົວກຳລັງໄປໃນປັດຈຸບັນນີ້ຫລືເລີຍບໍ່ມີ:**

- 51. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການຍິນຍົວດ້ານຈິດບໍ່?
- 52. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ຮັງສີບາບັດ (ການຍິນຍົວດ້ານການສ່ອງໄຟຟ້າລັງສີ) ບໍ່?
- 53. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການໃຊ້ທາດຄອມພິວິດພະຍາດແຂ້ວບໍ່?
- 54. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການຜ່າຕັດຕິດເສືອດຊີວິດປອມໃສ່ຫົວໃຈບໍ່?
- 55. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການຜ່າຕັດຕິດເສືອດຊີວິດຢ່ອນບໍ່?
- 56. ນອນ ບໍ່ນອນ ນອນໂຮງໝໍບໍ່?
- 57. ເສຍ ບໍ່ເສຍ ການຖ່າຍເສືອດບໍ່?
- 58. ເສຍ ບໍ່ເສຍ ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່?
- 59. ມີ ບໍ່ມີ ເສືອດກະຕຸ້ນຈັງຫວະເກັບຂອງຫົວໃຈບໍ່?
- 60. ໄຂ້ ບໍ່ໄຂ້ ໄຂ້ແຫ່ງການແຜ່ນຕິດໃສ່ແຜ່ນຕາບໍ່?

**V. ທ່ານກຳລັງ:**

- 61. ໄຂ້ ບໍ່ໄຂ້ ໄຂ້ປາຍສະຕິດບໍ່?
- 62. ໄຂ້ ບໍ່ໄຂ້ ໄຂ້ປາ, ຢາຍິນຍົວ, ຢາທີ່ຊີ້ໃຫ້ໃນບໍ່ມີຄຳສັ່ງຈາກທ່ານໝໍ (ຮອນທັງປາເຈັບຫົວ), ຢາແຜ່ນຫັບມະຊາດບໍ່?
- 63. ໄຂ້ ບໍ່ໄຂ້ ໄຂ້ປາສູນອະນິດໃດກຳລັງບໍ່?
- 64. ຄືມ ບໍ່ຄືມ ຄືມ (ຄືມ) ເຫລືອບໍ່?

ກະຮຸນຍິນຍົວອາການເຈັບໃນປັດຈຸບັນ (ກິນ, ຄືມ, ສູນ): \_\_\_\_\_

**VI. ສະພາບຊີວິດຕໍ່ມາ:**

- 65. ມີ ບໍ່ມີ ທ່ານອາດໄດ້ຖືກຕ້ອງຫລືມີຫ້ອງຫລືກຳລັງຮຽນໃນໃຫ້ສູງບໍ່? **66.** ກິນ ບໍ່ກິນ ກຳລັງກິນປາສູນກຳເນີດບໍ່?

**VII. ໃຫ້ຄົບຈຸດທາດນອນ:**

67. ມີ ບໍ່ມີ ທ່ານມີຫລືເລີຍບໍ່ມີນິ້ວຫນ້າການສະພາບຫລືເປັນພະຍາດປາກຊິບຽນທີ່ບໍ່ໄດ້ຍິນຍົວໃນສະບັບຟອມນີ້ບໍ່?

ຖ້າມີ, ກະຮຸນອະທິບາຍ: \_\_\_\_\_

ອັນເຮົາເຮົາໄດ້ລາຍຮັບທາດນອນທັງສອງທ້າຍກ່ອນແລະຖືກຕ້ອງທັງສອງທ້າຍທີ່ອາໄສຮຸ້ນ. ຖ້າມີການປ່ຽນແປງທາດນອນໃນສະພາບຂອງອາໄສເຮົາ, ຈະແຈ້ງແຂ້ວໃຫ້ຄາຍ.

ລາຍຮັບຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_

**ການກວດຄືມ:**

- 1. ລາຍຮັບຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_
- 2. ລາຍຮັບຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_
- 3. ລາຍຮັບຂອງຄົນເຈັບ: \_\_\_\_\_ ວັນທີ: \_\_\_\_\_