

ຊື່ຄົນເຈັບ: _____ ເລກປະຈຳເດືອນຂອງຄົນເຈັບ: _____
ວັນເດືອນປີເກີດ: _____

I. ໃຫ້ຂີດຂຽນລົງມິນອ້ອມຄຳຕອບທີ່ຖືກຕ້ອງ (ຖ້າບໍ່ເຂົ້າໃຈຄຳຖາມໃຫ້ປະໄວໃຫ້ວ່າງເປົ້າ) :

- 1. ຄື ບໍ່ຄື ສຸຂະພາບທີ່ວ່າໄປຂອງທ່ານຄືບໍ່?
- 2. ມີ ບໍ່ມີ ພາຍໃນປີກາຍມີສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ມີການປ່ຽນແປງຫລືບໍ່?
- 3. ນອນ ບໍ່ນອນ ພາຍໃນສາມປີທີ່ຜ່ານມານີ້ທ່ານເສຍນອນໂຮງໝໍຫລືເສຍຜົນມະຍາດຮ້າຍຜຽງຫລືບໍ່?
ຖ້າໄດ້ນອນໂຮງໝໍ, ເປັນເພາະເຫດໃດ? _____
- 4. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ທ່ານກຳລັງຮັບການຢືນຢອຈາກທ່ານໝໍດຽວນີ້ບໍ່? ສຳລັບຫຍັງ: _____
ເທື່ອສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການກວດຮ່າງກາຍໝໍນັ້ນທີ່: _____ ເທື່ອສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການກວດຮ່າງໝໍນັ້ນທີ່: _____
- 5. ເສີຍ ບໍ່ເສີຍ ທ່ານເສີຍມີບັນຫາກັບການຢືນຢອຜຽວບໍ່?
- 6. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ທ່ານຕັບປວດດຽວນີ້ບໍ່?

II. ທ່ານເສີຍມີອາການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່:

- | | |
|--|--|
| 7. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ຕັບໜ້າເອິກ (ຍ້ອນໝາກຫິວໃຈ) ຫລືບໍ່? | 18. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເວັ້ນຫົວບໍ່? |
| 8. ໄລ່ ບໍ່ໄລ່ ຄໍ່ຕື່ນໄລ່ຫລືບໍ່? | 19. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຫຼຸ້ຍ? |
| 9. ຂັດ ບໍ່ຂັດ ຫາຍໃຈຂັດບໍ່? | 20. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເຈັບຫົວບໍ່? |
| 10. ມີ ບໍ່ມີ ໃນບໍ່ດົນມານີ້ມີການຫລຸດນ້ຳໜັກ, ອາການໄຂ້, ຫລືເຫຼືອອອກກາງຄືນບໍ່? | 21. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເວັ້ນລິມບໍ່? |
| 11. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການໄອທີ່ບໍ່ເຊົາ, ໄອເປັນເລືອດບໍ່? | 22. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຕາລາຍບໍ່? |
| 12. ມີ ບໍ່ມີ ມີບັນຫາເລືອດອອກ, ເປັນເຊົ້າງ່າຍງ່າຍບໍ່? | 23. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເວັ້ນຊັກບໍ່? |
| 13. ມີ ບໍ່ມີ ມີບັນຫາກັບເຜິ້ງອາກາດບໍ່? | 24. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເຫຼົ້າຫລາຍເກີນໄປບໍ່? |
| 14. ມີ ບໍ່ມີ ມີບັນຫາກັບນ້ຳລາຍຍາກບໍ່? | 25. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຖ່າຍເປົ້າດູບໍ່? |
| 15. ມີ ບໍ່ມີ ລົງທ້ອງ, ຫ້ອງຜູກ, ມີເລືອດໃນອາຣົມບໍ່? | 26. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການປາກແຫ້ງບໍ່? |
| 16. ມີ ບໍ່ມີ ມັກຮາກ, ມັກປວດຮາກເລື້ອຍໆບໍ່? | 27. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເວັ້ນໝາກເຫລືອງບໍ່? |
| 17. ມີ ບໍ່ມີ ມີບັນຫາການຖ່າຍເຍົາບ, ມີເລືອດໃນນ້ຳບັດສາວະ (ບໍ່ຽວ) ບໍ່? | 28. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການເຈັບຄໍຕໍ່ເທິງ, ອາການຮຽງຕົງບໍ່? |

III. ທ່ານເປັນອາການໃດໆທີ່ລົງໄປນີ້ໃນປັດຈຸບັນນີ້ຫລືເສີຍເປັນບໍ່:

- | | |
|--|---|
| 29. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ເປັນມະຍາດຫິວໃຈບໍ່? | 40. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ມະຍາດເອດສ໌ບໍ່? |
| 30. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຫິວໃຈວາຍ, ຫລືມີອາການຫິວໃຈເຜີນປີກກະຕືບໍ່? | 41. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ເນື້ອງອກ, ມະຍາດມະລັງບໍ່? |
| 31. ມີ ບໍ່ມີ ມີສຽງຜຽວວ່າຈາກການໄຫລຂອງເລືອດຜ່ານຫິວໃຈເຜີນປີກກະຕືບໍ່? | 42. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ຄໍ່ກະດູກອັກເສບ, ເປັນປະດິງບໍ່? |
| 32. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ເປັນປະດິງຄໍກະທັນຫັນບໍ່? | 43. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ມະຍາດຕາບໍ່? |
| 33. ມີ ບໍ່ມີ ມີຊຸບັດຫລຸດສະໝອງບໍ່, ມີອາການເສັ້ນເລືອດໝາກຮຽງບໍ່? | 44. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ມະຍາດຜິວຫິວບໍ່? |
| 34. ມີ ບໍ່ມີ ມີຄວາມດັນເລືອດສູງບໍ່? | 45. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ເລືອດຈາງບໍ່? |
| 35. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ເປັນຫິດ, ປອດແຫ້ງ, ພອງລິມ, ຫລືມະຍາດປອດຢ່າງອື່ນໆບໍ່? | 46. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ການະໂລກ (ຊີວິດຫລືມະຍາດໝອງໃນ) ບໍ່? |
| 36. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ເປັນມະຍາດຕັບອັກເສບ, ມະຍາດຕັບຢ່າງອື່ນໆບໍ່? | 47. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ຕານເຕັ້ນ (ມະຍາດຜິວຫິວເປັນເມັດຜູນອງ) ບໍ່? |
| 37. ມີ ບໍ່ມີ ມີບັນຫາກັບກະເພາະອາຫານ, ມີຜູນໂມກະເພາະອາຫານບໍ່? | 48. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ມະຍາດໝາກໄຂ້ຫລັງ, ຜິດບໍ່ຮຽວບໍ່? |
| 38. ມີ ບໍ່ມີ ມີອາການຜູນໝໍເຕົ້າ: ຢາ, ອາຫານ, ຢາປິ່ນປົວໃດໆ, ຫລືນ້ຳຢາງອອກຫິວບໍ່? | 49. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ມະຍາດຕ້ອນເກີເຮຣິດ, ຕ້ອນໝາກໄຂ້ຫລັງບໍ່? |
| 39. ມີ ບໍ່ມີ ຄອບຄົວມີປະສິດທິພາບເປັນຍົກຫວາມ, ບັນຫາກັບຫິວໃຈ, ເນື້ອງອກຫລືບໍ່? | 50. ຕັບ ບໍ່ຕັບ ມະຍາດເປົ້າຫວານບໍ່? |

IV. ທ່ານໄດ້ຮັບການຢືນຢອດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃນປັດຈຸບັນນີ້ຫລືເສີຍໄດ້ຮັບບໍ່:

- | | |
|---|--|
| 51. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການຢືນຢອດ້ານຈິດບໍ່? | 56. ນອນ ບໍ່ນອນ ນອນໂຮງໝໍບໍ່? |
| 52. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ລັງສີບາບັດ (ການຢືນຢອດ້ວຍການສ່ອງໄມ້ຜ້າລັງສີ) ບໍ່? | 57. ເສີຍຮັບ ບໍ່ເສີຍຮັບ ການຖ່າຍເລືອດບໍ່? |
| 53. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການໃຊ້ທາດຣ໌ມີປິ່ນປົວມະຍາດມະລັງບໍ່? | 58. ເສີຍ ບໍ່ເສີຍ ຮັບການຜ່າຕັດບໍ່? |
| 54. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການຜ່າຕັດເພື່ອອາຣົມປິດເປີດປອມໃສ່ຫິວໃຈບໍ່? | 59. ມີ ບໍ່ມີ ເສື້ອງກະຖັນຈິງຫວະເກັບຂອງຫິວໃຈບໍ່? |
| 55. ຮັບ ບໍ່ຮັບ ການຜ່າຕັດເພື່ອໃສ່ຄໍຕໍ່ປອມບໍ່? | 60. ໃຊ້ ບໍ່ໃຊ້ ໃຊ້ແຫວນຕາຜຸນເກັບໃສ່ໝວຍຕາບໍ່? |

V. ທ່ານກຳລັງ:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 61. ໃຊ້ ບໍ່ໃຊ້ ໃຊ້ຢາເສບຕື່ນບໍ່? | 63. ໃຊ້ ບໍ່ໃຊ້ ໃຊ້ຢາສູບຊະນິດໃດໆບໍ່? |
| 62. ໃຊ້ ບໍ່ໃຊ້ ໃຊ້ຢາ, ຢາປິ່ນປົວ, ຢາທີ່ຊື້ໄດ້ໂດຍບໍ່ມີສຳຮັງຈາກທ່ານໝໍ (ຮວມທັງຢາຄືເຈັບຫິວ), ຢາຜຸນໝວຍມະຍາດບໍ່? | 64. ຕື່ມ ບໍ່ຕື່ມ ກິນ (ຕື່ມ) ເຫລືອບໍ່? |
- ກະລຸນານັບຫຼັກລົງຂະນີດທີ່ທ່ານໃຊ້ (ກິນ, ຕື່ມ, ສູບ) : _____

VI. ສະເພາະຜູ້ຍິງເທົ່ານັ້ນ:

- | | |
|---|--|
| 65. ມີ ບໍ່ມີ ທ່ານອາດໄດ້ຕັ້ງຫ້ອງຫລືມີຫ້ອງຫລືກຳລັງລ້ຽງມິນໃຫ້ລູກບໍ່? | 66. ກິນ ບໍ່ກິນ ກຳລັງກິນຢາຊຸມກຳເນີດບໍ່? |
|---|--|

VII. ໃຫ້ຄົນເຈັບທຸກຄົນຕອບ:

67. ມີ ບໍ່ມີ ທ່ານມີຫລືເສີຍໄດ້ມີບັນຫາດ້ານສຸຂະພາບຫລືຜົນມະຍາດຢ່າງອື່ນທີ່ບໍ່ໄດ້ນັບຫຼັກໃສ່ຜຸນໝວຍນີ້ບໍ່?
- ຖ້າມີ, ກະລຸນາອະທິບາຍ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕອບຄຳຖາມທຸກຢ່າງຄົບຖ້ວນແລະຖືກກວດກາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້. ຖ້າມີການປ່ຽນແປງໃດໆໃນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຈະຮຽງໝໍແຂ້ວໃຫ້ເຊບ.
ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____

ການກວດສອບ:

- 1. ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____
- 2. ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____
- 3. ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ: _____ ວັນທີ: _____