

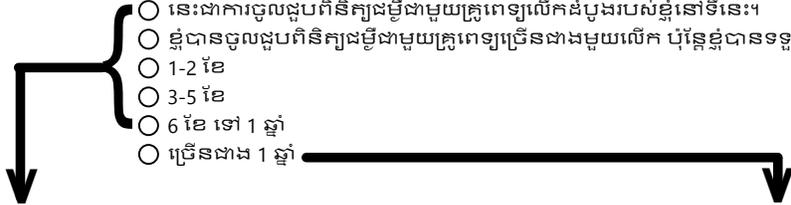
ជាលទ្ធផល លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ម្តង លទ្ធផល បាន ទទួល

- 33 ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែល លទ្ធផល មាន ។
- 34 ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល លទ្ធផល អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយ យុគ្រាល ។
- 35 ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិក កម្មវិធី នៅក្នុង ឯកសារ របស់ខ្ញុំ ។
- 36 រនៅពេល មាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែល លទ្ធផល ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្ត ភ្នំ ។

<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					
<input type="radio"/>					

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់តែ ច្បាស់ ។

1. តាម ការ ប៉ាន់ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវានៅទី នេះ រយៈពេល ប៉ុន្មាន ហើយ?
 - នេះជាការចូលរួមបំពេញនីតិវិធីជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។
 - ខ្ញុំបានចូលរួមបំពេញនីតិវិធីជាមួយគ្រូពេទ្យច្រើនជាងមួយលើក ប៉ុន្តែខ្ញុំបានទទួលសេវាមិនទាន់បានមួយខែនៅឡើយទេ។
 - 1-2 ខែ
 - 3-5 ខែ
 - 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
 - ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ



<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវាកម្ម មុន ខណៈពេល ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់</p> <p>មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង</p>	<p>សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7 ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវាកម្ម មុន ខណៈពេល ផ្លូវ ចិត្ត សម្រាប់</p> <p>ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ</p>
<p>2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ?</p> <p><input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p>	<p>5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ឬទេ ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?</p> <p><input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p>
<p>3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ?</p> <p><input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p>	<p>6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ក្នុង អំឡុងពេល ១២ ខែ មុនពេល នោះ ឬទេ ?</p> <p><input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់មានទេ</p>
<p>4. ចាប់ តាំងពី កូន របស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីស របស់ពួកគេ ...</p> <p><input type="radio"/> ត្រូវបានកាត់បន្ថយ</p> <p><i>ឧទាហរណ៍ ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ជោរជោរ ប៉ុន្តែ ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប្រយោជន៍ ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ ប្រកប ដោយ កម្មវិធី វិបត្តិ ណាមួយ</i></p> <p><input type="radio"/> នៅដដែល</p> <p><input type="radio"/> បានកើនឡើង</p> <p><input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ</p> <p><i>ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីស នៅឡើយ នេះ ឬ ឡើយ មុននោះ ទេ</i></p>	<p>7. ចាប់ តាំងពី អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវាសុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត តើ អ្នក មាន ជម្រក ជាមួយ យុវលីស ទេ ...</p> <p><input type="radio"/> ត្រូវបានកាត់បន្ថយ</p> <p><i>ឧទាហរណ៍ ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន នា ជោរជោរ ប៉ុន្តែ ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប្រយោជន៍ ទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនួយ ប្រកប ដោយ កម្មវិធី វិបត្តិ ណាមួយ</i></p> <p><input type="radio"/> នៅដដែល</p> <p><input type="radio"/> បានកើនឡើង</p> <p><input type="radio"/> មិនពាក់ព័ន្ធ</p> <p><i>ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវលីស នៅឡើយ នេះ ឬ ឡើយ មុននោះ ទេ</i></p>

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Must be entered on EVERY page



8. តើ អ្នក ប្រើ ប្រាស់ បណ្តា មួយ ឬ ច្រើន ? ប្រើ មិនប្រើ
9. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើត មុន ឬ ក្រោយ អាយុ ១៨ ឆ្នាំ ? មាន មិនមានទេ មិនដឹង

10. តើ អ្នក ជា ប្រជាជន ក្នុង តំបន់ ណាមួយ ? ដើមកំណើត កម្ពុជា ឬ អាស៊ាន អាមេរិក ដើមកំណើត ជនជាតិ ស្បែក ខ្មៅ
- សូម គូស បញ្ជាក់ បន្ថែម លើ ប្រភេទ ជនជាតិ ខាងលើ*
- អាស៊ី សាសន៍ មួយ ទៀត
- ជនជាតិ អាមេរិក អាហ្វ្រិក / ស្បែក ខ្មៅ មិនដឹង
- ជនជាតិ ដើម អាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅ ដែនកោះ ប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេង ទៀត

11. តើ អ្នក កើត នៅ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ណា ?

--	--

-

--	--

-

--	--	--	--

12. តើ សំណើ ឯកសារ ជា អក្សរ និង/ឬ សេវាកម្ម មុន ឬ ក្រោយ អាយុ ១៨ ឆ្នាំ បាន ទទួល បាន ឬ ទេ ? មាន មិនមានទេ
- ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូន ជា ភាសា ខ្មែរ ឬ ភាសា ដទៃ ទៀត លើ សៀវភៅ ឬ ឯកសារ ផ្សេង ទៀត ?*
- ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណ ផ្សេង ទៀត ប្រាប់ អំពី សេវាកម្ម មុន ឬ ក្រោយ អាយុ ១៨ ឆ្នាំ បាន ឬ ទេ ?*
- សិទ្ធិ របស់ អ្នក ជា អ្នក ប្រើ ប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត ជាដើម*

13. តើ អ្នក បាន ប្រើ ប្រាស់ បណ្តា មួយ ឬ ច្រើន ក្នុង ចំណោម ប្រព័ន្ធ ទូរស័ព្ទ ដូច ខាង ក្រោម ? ប្រើ មិនប្រើ

តាម ទូរស័ព្ទ ឬ ការ ធ្វើ សន្ទនា សំឡេង តាម រឿង រ៉ាវ

គ្មាន តិចតួចណាស់ ប្រហែល ពាក់កណ្តាល ល្អ តែ ទាំង អស់ ទាំង អស់

14. តើ ការ ពិនិត្យ តាម រយៈ ពេល វេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ប្រព័ន្ធ telehealth របស់ អ្នក ប្រើ ប្រាស់ ទៅ ដើម្បី មើល មុខ មាត់ ឬ ប្រព័ន្ធ ពេទ្យ មាន សារៈ ប្រយោជន៍ ដល់ លទ្ធផល របស់ អ្នក ឬ ទេ ?

កាន់តែ ចុះ អន់ ថយ ដូច ជា កាន់តែ អាក្រក់ ជាង មុន ប្រហែល ជា ដូច គ្នា ដូច ជា ប្រសើរ ជាង មុន ល្អ ប្រសើរ ជាង មុន ច្រើន មិន ពាក់ព័ន្ធ

15. ខ្ញុំ ចង់ ទទួល បាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវ ចិត្ត របស់ ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធី នេះ ឬ ទេ ?

តាម រយៈ ការ ជួប ពិគ្រោះ ដោយ ប្រយោជន៍

មិន យល់ ព្រម ខ្លាំង មិន យល់ ព្រម អព្យាក្រឹត យល់ ព្រម យល់ ព្រម ខ្លាំង មិន ពាក់ព័ន្ធ



16. សូម ផ្តល់ យោបល់ នៅ ទីនេះ ។ យើង ចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង អស់ ពី ការ ប្រើប្រាស់ និង អវិជ្ជមាន ។ ដូច គ្នា នេះ ផង ដែរ ប្រសិន បើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល មិន ត្រូវ បាន គ្រប់ គ្រាន់ ដោយ គ្រប់ គ្រាន់ នេះ ដែល អ្នក គិត ថា គួរ មាន សូម សរសេរ ពួក វា នៅ ទីនេះ ។

សូម អរគុណ ចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់ អ្នក ក្នុង ការ បំពេញ កិច្ចការ របស់ យើង ។

សូម អរគុណ ចំពោះ ការ ចំណាយ ពេលវេលា របស់ អ្នក ទាំង អស់ ៖ !

FOR OFFICE USE ONLY

County Code: Date of Survey Administration: / / County Reporting Unit (optional):

Code for not completing the survey (if applicable):

Refused Impaired Language Other

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

* CSI County Client Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

