

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ទម្រង់ព័ត៌មាន

ក. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន	
ឈ្មោះ:	ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/>
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	សញ្ជាតិ
អង្គភាពបម្រើការងារ	
អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/អត្តលេខ	
លេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង	
ខ. ព័ត៌មានទូទៅ	
១. តើអ្នកធ្លាប់ប្រើប្រាស់ព្យាបាល(ថ្នាំ)ប្រចាំថ្ងៃដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> ធ្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនធ្លាប់	
- បើធ្លាប់ប្រើតើជាប្រភេទថ្នាំអ្វី? ចូររៀបរាប់.....	
- តើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប៉ុន្មានដង ក្នុងមួយថ្ងៃ? <input type="checkbox"/> ១ដង <input type="checkbox"/> ២ដង <input type="checkbox"/> ៣ដង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	
- បានប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះរយៈពេលប៉ុន្មាន?.....	
២.តើអំឡុងថ្មីៗនេះ (៣ ទៅ ៥ថ្ងៃមុន)អ្នកមានធ្លាប់ប្រើប្រាស់ឱសថព្យាបាល (ថ្នាំ) ដែរឬទេ? ដូចជា៖	
<input type="checkbox"/> ថ្នាំក្អក <input type="checkbox"/> ថ្នាំផ្តាសាយ <input type="checkbox"/> ថ្នាំគ្រុនក្តៅ <input type="checkbox"/> ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ <input type="checkbox"/> ថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ <input type="checkbox"/> ថ្នាំផ្សេងៗ	
ចូររៀបរាប់ឈ្មោះថ្នាំ.....	
- តើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំប៉ុន្មានដង ក្នុងមួយថ្ងៃ? <input type="checkbox"/> ១ដង <input type="checkbox"/> ២ដង <input type="checkbox"/> ៣ដង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	
- បានប្រើប្រាស់ថ្នាំនេះរយៈពេលប៉ុន្មាន?.....	
៣.តើអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំពីមន្ទីរពេទ្យ / វេជ្ជបណ្ឌិតដែរឬទេ?	
<input type="checkbox"/> មាន (សូមភ្ជាប់ឯកសារមកជាមួយ) <input type="checkbox"/> មិនមាន	
រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ខាងលើ ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺពិតជាត្រឹមត្រូវ។	
ហត្ថលេខាសាមីខ្លួន.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០២៤	