

PRAPARE ៖ ពិធីសារសម្រាប់ឆ្លើយតប និងវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ ហានិភ័យ និងបទពិសោធន៍របស់អ្នកជំងឺ

ឯកសារ PRAPARE ថ្មីសំរាប់អនុវត្តចាប់ពីថ្ងៃទី 2 ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ 2016 ទៅ។

<p>លក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួន</p> <p>1. តើអ្នកមានដើមកំណើតហ៊ីស្ត្រិកឬឡាទិណូមែនឬទេ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> បាទឬចាស</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>2. តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វីដែរ? តុល្យភាពដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់។</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> អាស៊ី</td> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក</td> <td><input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស</td> <td><input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌា / ដើមកំណើតអាឡាស្កា</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមសរសេរ)៖</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>3. តើប្រភពប្រាក់ចំណូលចម្បងនៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកឬរបស់អ្នកបានមកពីការងាររកស៊ីធានាការរដ្ឋកាលប្រការងារជនចំណាកស្រុកដែរឬទេក្នុងរយៈពេលណាមួយកាលពី 2 ឆ្នាំមុន?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> បាទឬចាស</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>4. តើអ្នកទើបរស់រាយចេញពីកងកម្លាំងប្រដាប់អាវុធរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកដែរឬទេ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> បាទឬចាស</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>5. តើភាសាអ្វីដែលអ្នកនិយាយស្រួលជាងគេ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស</td> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> ភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស (សូមសរសេរ)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>គ្រួសារ និងគេហដ្ឋាន</p> <p>6. តើក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់ រួមទាំងអ្នកផង? _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ	<input type="checkbox"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង	<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌា / ដើមកំណើតអាឡាស្កា	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមសរសេរ)៖		<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ		<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស (សូមសរសេរ)	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ		<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<p>7. តើស្ថានភាពលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកសព្វថ្ងៃនេះយ៉ាងណាដែរ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានលំនៅដ្ឋាន</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនមានទីលំនៅដ្ឋានទេ (ស្នាក់នៅជាមួយអ្នកដទៃនៅសណ្ឋាគារ ទីជម្រក រស់នៅខាងក្រៅលើចិញ្ចើមផ្លូវនៅលើផ្ទះខ្សោច នៅក្នុងឡាន ឬកាមស៊ុនច្បារ)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>8. តើអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការបាត់បង់ផ្ទះរបស់អ្នកដែរឬទេ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> បាទឬចាស</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ទេ</td> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>9. តើអោសយដ្ឋានកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នកនៅឯណា?</p> <p>ផ្លូវ៖ _____</p> <p>ទីក្រុង, រដ្ឋ, លេខកូដតំបន់៖ _____</p> <p>ប្រាក់ និងធនធាន</p> <p>10. តើអ្នករៀនខ្ពស់បំផុតនៅកម្រិតណា?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ថ្នាក់ក្រោមសញ្ញាបត្រ វិទ្យាល័យ</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រវិទ្យាល័យ ឬ GED</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ខ្ពស់ជាងថ្នាក់វិទ្យាល័យ</td> <td><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>11. តើស្ថានភាពការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកយ៉ាងម៉េចដែរ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ការងារក្រៅម៉ោង ឬ បណ្តោះអាសន្ន</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> ការងារពេញម៉ោង</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> អត់មានការងារធ្វើ ឬ ត្រូវបានដកការងារធ្វើដែរ (ឧទាហរណ៍៖ សីស្ស អ្នកចូលនិវត្តន៍ ជនពិការ អ្នកមើលថែទាំសុខភាពប្រចាំកាយដែលមិនបង់ប្រាក់) សូមសរសេរ៖</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ</td> </tr> </table> <p>12. តើការធានារ៉ាប់រងចម្បងរបស់អ្នកមានអ្វីខ្លះ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> មិនមាន/មិនមានការធានារ៉ាប់រង</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Medicaid</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHIP Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/> Medicare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងដោយរដ្ឋផ្សេងទៀត (មិនមែន CHIP)</td> <td><input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងដោយរដ្ឋផ្សេងទៀត (CHIP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងឯកជន</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានលំនៅដ្ឋាន	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនមានទីលំនៅដ្ឋានទេ (ស្នាក់នៅជាមួយអ្នកដទៃនៅសណ្ឋាគារ ទីជម្រក រស់នៅខាងក្រៅលើចិញ្ចើមផ្លូវនៅលើផ្ទះខ្សោច នៅក្នុងឡាន ឬកាមស៊ុនច្បារ)	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<input type="checkbox"/> ថ្នាក់ក្រោមសញ្ញាបត្រ វិទ្យាល័យ	<input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រវិទ្យាល័យ ឬ GED	<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ជាងថ្នាក់វិទ្យាល័យ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	<input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ	<input type="checkbox"/> ការងារក្រៅម៉ោង ឬ បណ្តោះអាសន្ន	<input type="checkbox"/> ការងារពេញម៉ោង	<input type="checkbox"/> អត់មានការងារធ្វើ ឬ ត្រូវបានដកការងារធ្វើដែរ (ឧទាហរណ៍៖ សីស្ស អ្នកចូលនិវត្តន៍ ជនពិការ អ្នកមើលថែទាំសុខភាពប្រចាំកាយដែលមិនបង់ប្រាក់) សូមសរសេរ៖			<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ			<input type="checkbox"/> មិនមាន/មិនមានការធានារ៉ាប់រង	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងដោយរដ្ឋផ្សេងទៀត (មិនមែន CHIP)	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងដោយរដ្ឋផ្សេងទៀត (CHIP)	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងឯកជន	
<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																		
<input type="checkbox"/> អាស៊ី	<input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ																																																			
<input type="checkbox"/> អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង																																																			
<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស	<input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតឥណ្ឌា / ដើមកំណើតអាឡាស្កា																																																			
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមសរសេរ)៖																																																				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																				
<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																		
<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																		
<input type="checkbox"/> ភាសាអង់គ្លេស	<input type="checkbox"/> ភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស (សូមសរសេរ)																																																			
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានលំនៅដ្ឋាន																																																				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនមានទីលំនៅដ្ឋានទេ (ស្នាក់នៅជាមួយអ្នកដទៃនៅសណ្ឋាគារ ទីជម្រក រស់នៅខាងក្រៅលើចិញ្ចើមផ្លូវនៅលើផ្ទះខ្សោច នៅក្នុងឡាន ឬកាមស៊ុនច្បារ)																																																				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																				
<input type="checkbox"/> បាទឬចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																		
<input type="checkbox"/> ថ្នាក់ក្រោមសញ្ញាបត្រ វិទ្យាល័យ	<input type="checkbox"/> សញ្ញាបត្រវិទ្យាល័យ ឬ GED																																																			
<input type="checkbox"/> ខ្ពស់ជាងថ្នាក់វិទ្យាល័យ	<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																			
<input type="checkbox"/> គ្មានការងារធ្វើ	<input type="checkbox"/> ការងារក្រៅម៉ោង ឬ បណ្តោះអាសន្ន	<input type="checkbox"/> ការងារពេញម៉ោង																																																		
<input type="checkbox"/> អត់មានការងារធ្វើ ឬ ត្រូវបានដកការងារធ្វើដែរ (ឧទាហរណ៍៖ សីស្ស អ្នកចូលនិវត្តន៍ ជនពិការ អ្នកមើលថែទាំសុខភាពប្រចាំកាយដែលមិនបង់ប្រាក់) សូមសរសេរ៖																																																				
<input type="checkbox"/> ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ																																																				
<input type="checkbox"/> មិនមាន/មិនមានការធានារ៉ាប់រង	<input type="checkbox"/> Medicaid																																																			
<input type="checkbox"/> CHIP Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare																																																			
<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងដោយរដ្ឋផ្សេងទៀត (មិនមែន CHIP)	<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងដោយរដ្ឋផ្សេងទៀត (CHIP)																																																			
<input type="checkbox"/> ការធានារ៉ាប់រងឯកជន																																																				

© 2016. National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations, and Oregon Primary Care Association. PRAPARE is proprietary information of NACHC and its partners. All rights reserved. For more information about this tool, please visit our website at www.nachc.org/PRAPARE or contact us at prapare@nachc.org.





PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing Patients' Assets, Risks, and Experiences

13. ក្នុងមួយឆ្នាំកន្លងមកនេះ ប្រាក់ចំណូលបញ្ចូលគ្នាសរុបរបស់អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែលអ្នករស់នៅជាមួយមានចំនួនប៉ុន្មាន? ព័ត៌មាននេះនឹងជួយយើងកំណត់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែរឬទេ?

	ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ
--	---------------------------------

14. ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នក ឬសមាជិកគ្រួសារណាម្នាក់ដែលអ្នករស់នៅជាមួយមិនអាចទទួលបាន គ្រួសារក្រោមណាមួយនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការចាំបាច់ដែរឬទេ? គូសចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់។

បាទ/ចាស	ទេ	ម្ហូបអាហារ	បាទ/ចាស	ទេ	សម្លៀកបំពាក់
បាទ/ចាស	ទេ	ទឹកនិងភ្លើង	បាទ/ចាស	ទេ	ការថែទាំកុមារ
បាទ/ចាស	ទេ	ថ្នាំព្យាបាល ឬការថែទាំសុខភាពណាមួយ (ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត សុខភាពភ្នែក)			
បាទ/ចាស	ទេ	ទូរស័ព្ទ	បាទ/ចាស	ទេ	ផ្សេងទៀត (សូមសរសេរ)៖
ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ					

15. តើកង្វះខាតមធ្យោបាយធ្វើដំណើរបានរារាំងអ្នកពីការណាត់ជួបព្យាបាល ឯងឯង ការប្រជុំការងារ ឬពីការទទួលបានរបស់របរចាំបាច់សម្រាប់ការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកដែរឬទេ? គូសចម្លើយដែលត្រឹមត្រូវទាំងអស់។

បាទ/ចាស	វាធ្វើឱ្យខ្ញុំពុំអាចទៅជួបជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬទៅយកថ្នាំបាន
បាទ/ចាស	វាធ្វើឱ្យខ្ញុំពុំអាចទៅការណាត់ជួបអ្វីទៀតដែល ពុំមែនជាពេទ្យ, ខានធ្វើការ, ឬខានធ្វើអ្វីទៀតដែលខ្ញុំត្រូវធ្វើ
ទេ	
ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	

សុខភាពសង្គម និងអារម្មណ៍

16. តើអ្នកបានជួប ឬបាននិយាយជាមួយមនុស្សដែលអ្នកស្រឡាញ់នឹងមានអារម្មណ៍សិទ្ធស្នាល បានញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? (ឧទាហរណ៍៖ និយាយជាមួយមិត្តភក្តិភាគច្រើនរបស់អ្នក ការទៅលេងមិត្តភក្តិឬក្រុមគ្រួសារ ឬទៅព្រះវិហារ ឬការជួបជុំនៅក្លឹប)

តិចជាងម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍	1 ឬ 2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍
3 ទៅ 5 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	5 ដង ឬច្រើនដងក្នុងមួយសប្តាហ៍
ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ	

17. ភាពកាន់កាប់នៅពេលនរណាម្នាក់មានអារម្មណ៍កាន់កាប់ ភ័យព្រួយ ថប់បារម្ភ ឬមិនអាចគេងលក់ស្រួលនៅពេលយប់ព្រោះចិត្តរបស់ពួកគេមានបញ្ហា តើអ្នកមានអារម្មណ៍កាន់កាប់ប៉ុណ្ណា?

មិនមានទាល់តែសោះ	តិចតួច
ខ្លះដែរ	ក្នុងសម័យ
ច្រើនណាស់	ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ

សំណួរបន្ថែមជាជម្រើស

18. ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានចំណាយពេលលើសពី 2 ប៉េរ៉ាម៉ែត្រនៅក្នុងគុក មណ្ឌលយុទ្ធជន ឬមណ្ឌលកែប្រែអនីតិជនដែរឬទេ?

បាទ/ចាស	ទេ	ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ
---------	----	---------------------------------

19. តើអ្នកជាជនភៀសខ្លួនមែនទេ?

បាទ/ចាស	ទេ	ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ
---------	----	---------------------------------

20. តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាមានសុវត្ថិភាពខាងរាងកាយ និងខាងផ្លូវចិត្តនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅសព្វថ្ងៃនេះដែរឬទេ?

បាទ/ចាស	ទេ	មិនប្រាកដ
ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ		

21. ក្នុងឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកធ្លាប់ខ្លាចដៃគូ ឬអតីតដៃគូរបស់អ្នកដែរឬទេ?

បាទ/ចាស	ទេ	មិនប្រាកដ
ខ្ញុំមិនមានដៃគូទេកាលពីឆ្នាំមុន		
ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយសំណួរនេះទេ		

© 2016. National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations, and Oregon Primary Care Association. PRAPARE is proprietary information of NACHC and its partners. All rights reserved. For more information about this tool, please visit our website at www.nachc.org/PRAPARE or contact us at prapare@nachc.org.

