

វិញ្ញាបនបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងខ្ញុំឈ្មោះ: វេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែក នៃ មន្ទីរពេទ្យ/ គ្លីនិក.....

បានពិនិត្យ ឈ្មោះ:..... ភេទ..... អាយុ..... ឆ្នាំ នៅថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ.....

បញ្ជាក់ថា ឈ្មោះខាងលើនេះ មានជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ចែដន្យ

រោគវិនិច្ឆ័យ៖

កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬគ្រោះថ្នាក់ចែដន្យ៖

ដែលបណ្តាលឲ្យកាយសម្បទា មានសភាព ឬអាការៈដូចខាងក្រោម៖

ភ្នែកឆ្វេង	ភ្នែកស្តាំ
<input type="checkbox"/> មើលឃើញ ឬឃើញមិនសូវច្បាស់ ឬរូបសភាពភ្នែកតិច	<input type="checkbox"/> មើលឃើញ ឬឃើញមិនសូវច្បាស់ ឬរូបសភាពភ្នែកតិច
<input type="checkbox"/> ដែនកំហើញលើសពី ៦/១២០ ឬរូបសភាពភ្នែកខ្លាំង	<input type="checkbox"/> ដែនកំហើញលើសពី ៦/១២០ ឬរូបសភាពភ្នែកខ្លាំង
<input type="checkbox"/> ដែនកំហើញតូចជាង ៦/១២០ ឬខ្វាក់ ឬភ្នែកត្រូវបានយកចេញ	<input type="checkbox"/> ដែនកំហើញតូចជាង ៦/១២០ ឬខ្វាក់ ឬភ្នែកត្រូវបានយកចេញ
ដៃឆ្វេង	ដៃស្តាំ
<input type="checkbox"/> បាត់បង់តិចតួចនៃការប្រើប្រាស់ នៅផ្នែកក្រោមដៃ	<input type="checkbox"/> បាត់បង់តិចតួចនៃការប្រើប្រាស់ នៅផ្នែកក្រោមដៃ
<input type="checkbox"/> បាត់បង់មធ្យមនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ដៃ ឬផ្នែកខាងលើនៃដៃ	<input type="checkbox"/> បាត់បង់មធ្យមនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ដៃ ឬផ្នែកខាងលើនៃដៃ
<input type="checkbox"/> បាត់បង់ទាំងស្រុងនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ដៃ ឬផ្នែកខាងលើនៃដៃ	<input type="checkbox"/> បាត់បង់ទាំងស្រុងនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ដៃ ឬផ្នែកខាងលើនៃដៃ
ជើងឆ្វេង	ជើងស្តាំ
<input type="checkbox"/> បាត់បង់តិចតួចនៃការប្រើប្រាស់ នៅផ្នែកក្រោមជើង	<input type="checkbox"/> បាត់បង់តិចតួចនៃការប្រើប្រាស់ នៅផ្នែកក្រោមជើង
<input type="checkbox"/> បាត់បង់មធ្យមនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ជើង ឬផ្នែកខាងលើនៃជើង	<input type="checkbox"/> បាត់បង់មធ្យមនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ជើង ឬផ្នែកខាងលើនៃជើង
<input type="checkbox"/> បាត់បង់ទាំងស្រុងនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ជើង ឬផ្នែកខាងលើនៃជើង	<input type="checkbox"/> បាត់បង់ទាំងស្រុងនៃការប្រើប្រាស់ នៅត្រង់ជើង ឬផ្នែកខាងលើនៃជើង

យោងតាមការពិនិត្យ និងវិភាគកោសល្យវិច្ឆ័យអំពីអាការៈខាងលើ៖

- ភ្នែក និងការប្រើប្រាស់អវៈយវៈដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ អាចជាសះស្បើយក្រោយការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។
- ភ្នែក និងការប្រើប្រាស់អវៈយវៈដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ អាចជាសះស្បើយតិចជាង ៥០% ក្រោយការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។
- ភ្នែក និងការប្រើប្រាស់អវៈយវៈដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ មិនអាចជាសះស្បើយដាច់ខាត ឬពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍។

ធ្វើនៅ..... ថ្ងៃ ទី..... ខែ..... ឆ្នាំ.....

បានពិនិត្យ និងវាយតម្លៃដោយវេជ្ជបណ្ឌិត

បានឃើញ និងឯកភាព (ប្រធានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក)