



# MHSIP Consumer Survey - OLDER ADULT Spring 2024

•សូម ជួយ ទីភ្នាក់ ងារ របស់ យើង កែលម្អ សេវាកម្ម ដោយ ឆ្លើយ សំណួរ មួយ ចំនួន។ ចម្លើយ របស់អ្នក នឹងត្រូវ បាន រក្សាទុក ក្នុង ឯកសារ ម្នាក់ ហើយនឹងមិនប៉ះពាល់ ដល់សេវាកម្ម ឬប្រាក់ ប្រដាប់ ឬអនាគត ដែលអ្នក ទទួលបាន នោះទេ ។

•សូមឆ្លើយ សំណួរ ខាងក្រោម ដោយផ្អែកលើ 6 ខែ ចុងក្រោយ ឬប្រសិនបើ អ្នក មិនបាន ទទួលសេវាកម្ម រយៈពេល 6 ខែ ទេ គ្រាន់តែ ផ្តល់ ចម្លើយ ដោយផ្អែកលើ សេវាកម្ម ដែលអ្នក បាន ទទួល ពូកែមកដល់ពេលនេះ ។  
សូមចង្អុល លបង្ហាញ ថា តើ អ្នក យល់ស្រប ខ្លាំង ឬ យល់ស្រប ស្តី ត្រង់ចំណុចណាមួយ មិនយល់ស្រប ឬមិនយល់ស្រប យ៉ាង ខ្លាំង ដូចជា យើងប្រយោគនីមួយៗ នៅខាងក្រោម នេះ ។ ជ្រើសរើស " មិនអាច អនុវត្តបាន " ប្រសិនបើ សំណួរ គឺអំពីអ្វី មួយដែល មិនដែល លើក ឡើយ ។

•សូមបំពេញ តួ ងារ ដូច ខាងក្រោម ត្រឹមត្រូវ មិន ត្រឹមត្រូវ

ពេញលេញ	យល់ស្រប ខ្លាំង	យល់ស្រប	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ស្រប	មិនយល់ស្រប ខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
1. ខ្ញុំ ចូលចិត្តសេវាកម្ម ដែល ល្អ បាន ទទួលនៅទីនេះ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ប្រសិនបើ ខ្ញុំ មាន ជម្រើស ផ្សេង ទៀត ខ្ញុំ នឹងនៅតែ ទទួលសេវាកម្ម ពី ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ដែរ ឬ ទេ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ខ្ញុំ នឹងណែនាំ ទីភ្នាក់ ងារ នេះ ទៅឲ្យមិត្តភក្តិ ក្តី ឬ សមាជិក គ្រួសារ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ទីតាំង សេវាកម្មនេះ មាន ភាព ងាយស្រួល ។ ដូចជា កន្លែង ចតរថយន្ត មធ្យោបាយ ធ្វើ ដំណើរ សាធារណៈ ចម្ងាយ ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. បុគ្គលិក មាន ឆន្ទៈ ចង់ជួយ ឲ្យបាន ញឹកញាប់ តាម ដែល ល្អ គិតថា ចាំបាច់ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. បុគ្គលិក បាន ទូរស័ព្ទ កម្រិត វិញ្ញត្តិ ងារ រយៈពេល ២៤ ម៉ោង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. សេវាកម្ម មាន នៅពេលដែល លោក សមស្រប ខ្លាំង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ខ្ញុំ អាច ទទួលបាន គ្រប់ សេវាកម្ម ដែល ល្អ គិតថា ត្រូវ ការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ខ្ញុំ អាច ជួបគ្រូ ពេទ្យ ផ្លូវចិត្ត បាន នៅពេលណាដែល ល្អ ចង់ជួប ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. បុគ្គលិក នៅទីនេះ មាន ជំនាញ ខ្ពស់ អាច រីកចម្រើន ផ្លាស់ប្តូរ និង ធ្វើ ស្ទើរ យឺត បាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ស្រួល ក្នុង ការ សួរ សំណួរ អំពីការ ព្យាបាល និងការ ប្រើប្រាស់ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាមាន សេរីភាព ក្នុង ការ គរា។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន គេ ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពីសិទ្ធិ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. បុគ្គលិក បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យទទួលខុសត្រូវ លើ របៀបដែល ខ្ញុំ រស់នៅក្នុង ជីវិត របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

The MHSIP Consumer Survey was developed through a collaborative effort of consumers, the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) community, and the Center for Mental Health Services.

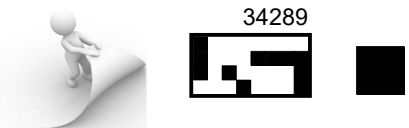
\* CSI County Client Number

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

DHCS 1744 KH

34289

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
15. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា ខ្ញុំ ពឹងផ្អែក លើ ព័ត៌មាន បន្ទាប់ បន្សំ អវិជ្ជា ដែល ខ្ញុំ គួរ យកចិត្តទុកដាក់ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា គោរព ព្រមព្រៀង ប្រាប់ ខ្ញុំ អំពី អ្នកណាដែល លក្ខណៈ ត្រូវ បាន និង អ្នកណាដែល មិនត្រូវ បាន ផ្តល់ ព័ត៌មាន អំពី ការព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ខ្ញុំ មិនមែន ជា បុគ្គលិក ទេ ដែល បាន សម្រេច ពី គោលដៅ ព្យាបាល របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. បុគ្គលិក យល់ពី សារៈ ការ ប្រយោជន៍ របស់ខ្ញុំ ។ ដូចជា ពូជសាសន៍ សាសនា ភាសា ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. បុគ្គលិក ក្រុមប្រឹក្សា ជួយ ឱ្យខ្ញុំ ទទួលបាន ព័ត៌មាន ដែល ខ្ញុំ ត្រូវ ការ ដើម្បី ឱ្យខ្ញុំ អាច ទទួលបាន កម្រិត បំផុត ដល់ ប្រាក់ ប្រចាំខ្លួន បាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ខ្ញុំ ត្រូវ បាន លើកទឹកចិត្ត ឱ្យប្រើប្រាស់ កម្មវិធី ដែល លក្ខណៈ បំផុត ដោយ អ្នក ប្រើប្រាស់ ។ ក្រុមគាំទ្រ មជ្ឈមណ្ឌល ចូលរួម បង្កើន យុទ្ធសាស្ត្រ យោង លើ វិធាន របស់ រដ្ឋ សម្រាប់ អ្នក មាន វិបត្តិ ជាដើម	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ជំនួយ ផ្នែក លទ្ធផល នៃ សេវាកម្ម ដែល ខ្ញុំ បាន ទទួលបាន</b>						
21. ខ្ញុំ ដោះស្រាយ បញ្ហាប្រចាំថ្ងៃ កាន់តែ មាន ប្រសិទ្ធភាព ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ខ្ញុំ អាច គ្រប់គ្រង ជីវិត របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ វិបត្តិ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ខ្ញុំ កំពុង មាន ទំនាក់ទំនង ប្រសើរ ជាង មុន ជាមួយ បុគ្គលិក របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ប្រសើរ ជាង មុន នៅក្នុង គុណភាព សង្គម ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ខ្ញុំ សម្រេចបាន លទ្ធផល ប្រសើរ ជាង មុន នៅសាលា និង/ឬ កន្លែងធ្វើការ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ស្ថានភាព ផ្ទះ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ឡើង ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. រោគសញ្ញា របស់ខ្ញុំ មិនកំពុង រីករាលដាល ខ្លាំង នោះ ទេ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ខ្ញុំ ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ អតិថិជន យល់ព្រម ខ្ញុំ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ ចំពោះ សេចក្តី ត្រូវ ការ របស់ខ្ញុំ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ខ្ញុំ អាច ដោះស្រាយ រឿង ផ្សេងៗ បាន ប្រសើរ ជាង មុន នៅពេល លក្ខណៈ មាន បញ្ហា ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ខ្ញុំ អាច ធ្វើ រឿង ដែល ល្អ ចង់ធ្វើ បាន ប្រសើរ ជាង មុន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



សំរាប់ សំណួរ ចំនួនបួនបន្ទាប់ សូមឆ្លើយសំរាប់ ទំនាក់ ទំនងជាមួយ យុគ្គល  
 ដែលក្រៅពី អ្នក ផ្តល់ សេវាសុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់អ្នក ។

	យល់ព្រមខ្លាំង	យល់ព្រម	អព្យាក្រឹត	មិនយល់ព្រម	មិនយល់ព្រមខ្លាំង	មិនពាក់ព័ន្ធ
<b>ជំនាញ លទ្ធផល នៃ សេវាកម្មដែល លទ្ធផល បាន ទទួល</b>						
33. ខ្ញុំ រីករាយ និងមិត្តភាព ដែលខ្ញុំ មាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ខ្ញុំ មាន អ្នក ដែល លទ្ធផល អាច ធ្វើ រឿង រីករាយ ជាមួយបាន ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ខ្ញុំ មាន អារម្មណ៍ ថាខ្ញុំ ជាសមាជិក កម្រិត នៅក្នុង ងងឹត ហតមន៍ របស់ខ្ញុំ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. នៅពេលមាន វិបត្តិ ខ្ញុំ នឹងមាន ការ គាំទ្រ ដែលខ្ញុំ ត្រូវ ការ ពីគ្រួសារ ឬ មិត្តភក្តិ ។	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*



34289



**សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់ តែ ច្បាស់ ។**

1. តាម ការ ប៉ាន់ ស្មាន តើ អ្នក បាន ទទួលសេវា នៅទី នេះ រយៈពេល ប៉ុន្មាន ហើយ?

- នេះជាការចូលរួមពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យលើកដំបូងរបស់ខ្ញុំនៅទីនេះ។  1-2 ខែ
- ខ្ញុំ បាន ចូលរួមពិនិត្យ ម្តី ជាមួយ គ្រូពេទ្យ ប្រើ និយម មួយលើក  3-5 ខែ
- ប៉ុន្តែខ្ញុំ បាន ទទួលសេវា មិនទាន់ បាន មួយខែ នៅឡើយទេ ។  6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ
- ច្រើនជាង 1 ឆ្នាំ

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 2 ដល់ទី 4  
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព  
រដ្ឋ វិចិត្ត សម្រាប់

**មួយឆ្នាំ ឬតិចជាង**

សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ចាប់ ពីទី 5 ដល់ទី 7  
ប្រសិនបើ អ្នក កំពុងតែ បាន ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ  
វិចិត្ត សម្រាប់

**ច្រើនជាង មួយឆ្នាំ**

2. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ  
បន្តិច ចាប់ តាំងពីអ្នក  
ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត ?

5. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ  
ក្នុង អំឡុងពេល ១២  
ខែ ចុងក្រោយ នេះ ឬទេ ?

3. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ  
ល្មម ក្នុង អំឡុងពេល 12  
ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?

6. តើ អ្នក ត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន  មាន  អត់មានទេ  
ក្នុង អំឡុងពេល 12  
ខែ មុនពេលនោះ ឬទេ ?

4. ចាប់ តាំងពីកូនរបស់អ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ វិចិត្ត  
តើ ការ ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន របស់ពួកគេ ...

- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ  
ខ្លាញ់ រ ណ៍ ច្រើន
- ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន  
នោះទេ ដោយ ប៉ុលីស
- ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ុលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនាញ  
ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិចិត្ត ណាមួយ
- នៅដដែល
- បានកើនឡើង
- មិនពាក់ព័ន្ធ  
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយ  
នោះទេ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

7. ចាប់ តាំងពីអ្នក ចាប់ ផ្តើម ទទួលសេវា កម្មសុខភាព រដ្ឋ  
វិចិត្តតើ អ្នក មាន ជួបជាមួយ យុវជន ទេ ...

- ត្រូវបានកាត់បន្ថយ  
ខ្លាញ់ រ ណ៍ ច្រើន
- ពួកគេ មិនត្រូវ បាន ចាប់ ខ្លួន ន  
នោះទេ ដោយ ប៉ុលីស
- ត្រូវ បាន នាំ ខ្លួន ដោយប៉ុលីសទៅកាន់ កម្មវិធី ជំនាញ  
ជម្រក ឬ កម្មវិធី វិចិត្ត ណាមួយ
- នៅដដែល
- បានកើនឡើង
- មិនពាក់ព័ន្ធ  
ពួកគេ មិនបាន ប៉ះ ទង្គិច ជាមួយ យុវជន នៅឡើយ  
នោះទេ ឬ ឆ្នាំ មុននោះ ទេ

**សូមឆ្លើយ យល់ព្រម ខាង ក្រោម នេះ ដើម្បី ឱ្យយើង ដឹង អ្នក កាន់ តែ ច្បាស់ ។**

8. តើ អ្នក មាន ភេទ អ្វី ?

- ប្រុស
- ស្រី
- ភេទដែលពិបាកកំណត់ ដូចជាអ្នកប្តូរភេទជាដើម

*សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង ល្អ ពាក់ ព័ន្ធ*

- អ្នកដែលបានរៀនកាត់ផ្តាសាយប្តូរភេទ : ភេទប្រុសទៅជាស្រី
- អ្នកដែលបានរៀនកាត់ផ្តាសាយប្តូរភេទ : ភេទស្រីទៅជាប្រុស
- អត្តសញ្ញាណភេទមួយទៀត

9. តើ អ្នក គិតអំពីខ្លួន ឯងថាជាអ្វី :

- តើអ្នកគិតអំពីខ្លួនឯងថាជាអ្វី :
- ប្រុសស្រីឡាញ់ប្រុស ឬស្រីស្រីឡាញ់ស្រី
- ភេទពីរប្រុសក្រីស្រីឡាញ់ស្រីក្រីស្រីឡាញ់

*សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាង ល្អ ពាក់ ព័ន្ធ*

- ទំនោរភេទមួយទៀត
- មិនដឹង
- ជ្រើសរើសនឹងមិនឆ្លើយ

\* CSI County Client Number

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*

10. តើ អ្នក មាន ដើមកំណើតម៉ិកស៊ិក/ អេស្ប៉ាញ / អាមេរិកឡាទី ន?  មាន  អត់មានទេ  មិនដឹង

11. តើ អ្នក ជា ពូជសាសន៍អ្វី ? *សូមគូសសម្គាល់ គ្រប់ចម្លើយ យ៉ាងល្អបំផុត*  
 ដើមកំណើតឥណ្ឌា ឬ អាឡាស្កាអាមេរិក  ដើមកំណើតជនជាតិស្បែកស  
 អាស៊ី  សាសន៍មួយទៀត  
 ជនជាតិអាមេរិកអាហ្វ្រិក/ស្បែកខ្មៅ  មិនដឹង  
 ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង / អ្នករស់នៅដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

12. តើ អ្នក កើតនៅថ្ងៃខែ ឆ្នាំ ណា? 

--	--

 - 

--	--

 - 

--	--	--	--

13. តើ សំណៅឯកសារ ជាអក្សរ និង/ ឬ សេវាកម្ម ម្តេច មួយ ដែល អ្នក បាន ទទួល  មាន  អត់មានទេ  
ត្រូវ បាន ផ្តល់ ជូនជាភាសាដៃ លម្អិត ជ្រើសរើស មែនទេ ?  
*ឧទាហរណ៍ ខិត្តប័ណ្ណដៃ លេខ បរិស្ថាន ម៉ូដែល លអាច រកបាន សិទ្ធិ របស់អ្នក ជាអ្នក ប្រើប្រាស់ និង ព័ត៌មាន អប់រំ សុខភាព ផ្លូវចិត្ត ជាដើម*

14. តើ អ្នក គិតអំពីសេវាកម្ម មន្ត្រី ដែល អ្នក បាន ទទួល តើ តាម តេលេសុខភាព ចំនួនប៉ុន្មាន ?  
តាម ទូរស័ព្ទ ឬការ ធ្វើ សន្ទិសិទ្ធតាម វីដេអូ  
 គ្មាន  តិចតួចណាស់  ប្រហែលពាក់កណ្តាល  ស្ទើរតែទាំងអស់  ទាំងអស់



15. តើ ការ ពិនិត្យតាម រយៈពេល telehealth របស់អ្នក ប្រៀបធៀបទៅនឹងការ មកពិនិត្យដោយផ្ទាល់ មុខតាម បែបប្រពៃណី  
 កាន់តែចុះអន់ថយ  ដូចជាកាន់តែអាក្រក់ជាងមុន  ប្រហែលជាដូចគ្នា  ដូចជាប្រសើរជាងមុន  ល្អប្រសើរជាងមុនច្រើន  
 មិនពាក់ព័ន្ធ

16. ខ្ញុំ ចង់ទទួលបាន ការ ព្យាបាល សុខភាព ផ្លូវចិត្ត របស់ខ្ញុំ សម្រាប់ កម្មវិធីនេះ បន្ថែម ទៀត  
តាម រយៈពេល ការ ជួបពិគ្រោះ ដោយប្រយោល  
 មិនយល់ព្រមខ្លាំង  មិនយល់ព្រម  អព្យាក្រឹត  យល់ព្រម  យល់ព្រមខ្លាំង  
 មិនពាក់ព័ន្ធ

17. សូមផ្តល់ យោបល់នៅទីនេះ ៖ យើងចាប់ អារម្មណ៍ ទាំង មតិកិច្ចបរិច្ឆេទ និង អវិជ្ជមាន ៖  
ដូចគ្នានេះ ផងដែរ ប្រសិនបើ មាន ផ្នែក ណាមួយ ដែល អ្នក គិតថា គួរ មាន សូមសរសេរ ពួកវានៅទីនេះ ៖  
សូមអរគុណចំពោះ ពេលវេលា និង ការ សហការ របស់អ្នក ក្នុង ការ បំពេញកម្រិត ផ្តល់ នេះ ៖

**សូមអរគុណ លើការ ចំណាយពេលវេលា យល់ព្រម ទាំងនេះ !**

**FOR OFFICE USE ONLY**

County Code: 

--	--

 Date of Survey Administration: 

0	5
---	---

 / 

--	--

 / 

2	0	2	4
---	---	---	---

 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

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

\*\*\*Must be entered on EVERY page\*\*\*