

បញ្ជីត្រួតពិនិត្យរោគសញ្ញាអាកុល



Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

ដើម្បីជួយអ្នកនិងអ្នកផ្តល់សេវាឲ្យងាយយល់ថាតើរបៀបដែលអ្នកប្រើប្រាស់
អាល់កុលអាចប៉ះពាល់សុខភាពអ្នកឬទេ សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម។

សូមគូសរង្វង់ជុំវិញចម្លើយដែលល្អបំផុតសម្រាប់សំណួរនីមួយៗ។

កាលពី 12 ខែមុន...

1. តើអ្នកសង្កេតឃើញថាការទទួលបានគ្រឿងស្រវឹងបរិមាណដដែលមានឥទ្ធិពលតិចជាង មុន ឬអ្នកត្រូវទទួលបានច្រើនជាងមុនទើបស្រវឹងទេ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
2. ពេលអ្នកបន្ថយការផឹក តើអ្នកមានបែកញើស ភ័យ ឈឺពោះ ឬញ័រដៃឬទេ? តើអ្នកបាន ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើសារធាតុអ្វីមួយដើម្បីបំបាត់អាការៈនេះទេ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
3. ពេលអ្នកទទួលបាន តើអ្នកបានទទួលបានច្រើនជាងមុន ឬយូរជាងមុនដែលអ្នកបាន គ្រោងទុកឬទេ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
4. តើអ្នកបានចង់ប្តូរយាមកាត់បន្ថយឬឈប់ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ប៉ុន្តែធ្វើមិនបាន?	ទេ (No)	មែន (Yes)
5. តើអ្នកចំណាយពេលច្រើនដើម្បីបានគ្រឿងស្រវឹង ទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង ឬស្វាងពីការ ស្រវឹង?	ទេ (No)	មែន (Yes)
6. តើអ្នកនៅតែបន្តទទួលបានទោះបីជាអ្នកដឹង ឬសង្ស័យថាវាបង្កឱ្យមានបញ្ហាផ្លូវ ចិត្ត ឬផ្លូវកាយកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
7. តើការទទួលបានបានរំខានដល់ការទទួលខុសត្រូវនៅកន្លែងធ្វើការ នៅសាលា ឬនៅផ្ទះ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
8. តើអ្នកបានស្រវឹងច្រើនជាងម្តងក្នុងស្ថានភាពដែលវាមានគ្រោះថ្នាក់ ដូចជាពេលបើកបរឡាន ឬបញ្ជាគ្រឿងចក្រ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
9. តើអ្នកបានទទួលបានគ្រឿងស្រវឹងទោះអ្នកដឹង ឬសង្ស័យថាវាបង្កឱ្យមានបញ្ហាជាមួយ គ្រួសារ ឬមនុស្សដទៃ?	ទេ (No)	មែន (Yes)
10. តើអ្នកធ្លាប់ចង់ទទួលបានឬស្រេកផឹកគ្រឿងស្រវឹងខ្លាំង?	ទេ (No)	ធ្លាប់ (Yes)
11. តើអ្នកបានចំណាយពេលតិចជាងមុនសម្រាប់ធ្វើការ កំសាន្ត ឬនៅជាមួយអ្នកដទៃ ដោយសារតែការទទួលបានគ្រឿងស្រវឹង?	ទេ (No)	មែន (Yes)

Alcohol Symptom Checklist



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

To help you and your provider understand how your alcohol use might be affecting your health, please complete the following questions.

Please CIRCLE the best response to each question.

In the past 12 months...

1. Did you find that drinking the same amount of alcohol has less effect than it used to or did you have to drink more alcohol to get intoxicated?	No	Yes
2. When you cut down or stop drinking did you get sweaty, nervous, have upset stomach or shaky hands? Did you drink alcohol or take other substances to avoid these symptoms?	No	Yes
3. When you drank, did you drink more or for longer than you planned to?	No	Yes
4. Have you wanted to or tried to cut back or stop drinking alcohol, but been unable to do so?	No	Yes
5. Did you spend a lot of time obtaining alcohol, drinking alcohol, or recovering from drinking?	No	Yes
6. Have you continued to drink even though you knew or suspected it creates or worsens mental or physical problems?	No	Yes
7. Has drinking interfered with your responsibilities at work, school, or home?	No	Yes
8. Have you been intoxicated more than once in situations where it was dangerous, such as driving a car or operating machinery?	No	Yes
9. Did you drink alcohol even though you knew or suspected it causes problems with your family or other people?	No	Yes
10. Did you experience strong desires or craving to drink alcohol?	No	Yes
11. Did you spend less time working, enjoying hobbies, or being with others because of your drinking?	No	Yes