

MEDICAL HISTORY

PERSONAL INFORMATION

Full Name : Gender : Male Female

Address : _____

Phone Number : _____
: _____

E-Mail : _____

Occupation : _____ Are you a retiree ? Yes No

Age : 18-29 years Education level : Primary education
: 30-50 years : Secondary education
: 51-65 years : Undergraduate education
: above 65 years : None

Can the patient or someone in his /her immediate family read khmer ? Yes No

Is the patient currently or was ever a smoker ? Yes No

Does the patient do regular exercise ? Yes No

Does the patient know that he/she has diabetes ? Yes No

Type of diabetes Type1 Type2

Does the patient or his/her immediate family have a smartphone with internet access? Yes No

Does the patient or his/her family have any other device(desktop/laptop /tablet) with internet access? Yes No

Does the patient ususally stay at home on Wednesday and Sunday ? Yes No

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាត ផ្តល់ជូនព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និង ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ឲ្យក្រុមបង្កាការពារទឹកនោមផ្អែម នៃElsevier-Kidshelp Kambodscha គ្រប់គ្រង

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាត ផ្តល់ជូនព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និង ព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំឲ្យប្រើប្រាស់ក្នុងគោលបំណង សិក្សាស្រាវជ្រាវតែប៉ុណ្ណោះ:

ព័ត៌មានទាំងនេះនឹងប្រើប្រាស់ ក្នុងគោលបំណងសិក្សាស្រាវជ្រាវតែប៉ុណ្ណោះ ដែលអគ្គសញ្ញាណរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានលាតត្រដាងជាធារណៈឡើយ ។ ក្រុមការងាររបស់ពួកយើង នឹងការពារយ៉ាងម៉តតម្រូវ នូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ។ដូច្នោះគ្មាន ជនណាអាចលួចព័ត៌មានរបស់អ្នកឡើយ។

_____ Signature: _____ Date:

Blood sugar : _____
Blood pressure : _____ HR : _____
Weight : _____ Height: _____
Retinopathy signs : _____ Yes /No _____