



Your belief, our responsibility

CAMBODIA-VIETNAM INSURANCE PLC.

8th Floor, Building No. 398, Monivong Blvd.,
Sangkat BeungKeng Kang 1, Khan Chamkar Mon, Phnom Penh,
Cambodia
Tel: (855) 23 212 000 Email: info@cvi.com.kh
Fax: (855) 23 215 505 Website: www.cvi.com .kh

របាយការណ៍លម្អិតអំពីការព្យាបាល

MEDICAL DETAILS

បំពេញដោយគ្រូពេទ្យផ្ទាល់

(To be completed by attending physician)

លក្ខណៈទូទៅនៃអ្នកជំងឺ				
PATIENT'S CONDITION DETAILS				
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Name of patient		ភេទ Sex		
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លិខិតឆ្លងដែន I/D no./Passport no.		អាយុ Age		
ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ Patient history				
អ្នកជំងឺតម្កើញ Chief complaints				
សញ្ញាណ Sign	សញ្ញាណសំខាន់ Vital sign	ដំបៅ P: /min	កំដៅ T: C	សំពាធឈាម Bp: mmHg
	សញ្ញាវិជ្ជមានដោយការពិនិត្យលើរូបរាងកាយ Positive sign by physical examination			
កាលបរិច្ឆេទចូលសំរាកពេទ្យ Date of hospitalization	ថ្ងៃចូល Admitted on		ម៉ោង at	ព្រឹក/ល្ងាច am / pm
	ចូលសំរាកដោយ Admitted as	<input type="checkbox"/> សំរាកក្នុងពេទ្យ <input type="checkbox"/> In-Patient		<input type="checkbox"/> យកថ្នាំលេប <input type="checkbox"/> Out-Patient
	ថ្ងៃចេញ Discharged on		ម៉ោង at	ព្រឹក/ល្ងាច am / pm
ការចូលសំរាកពេទ្យត្រូវបានណែនាំដោយ Hospitalization was commended by				
រៀបរាប់លម្អិតអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ Full description of diagnosis	រោគវិនិច្ឆ័យធំបំផុត Principle diagnosis			
	រោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត Other diagnosis			
អាការៈជំងឺដែលតម្រូវឱ្យព្យាបាល Condition required treatment				
មូលហេតុធំបំផុត Underlying cause(s)				
តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ទទួលរងនូវអាការៈនេះពីមុនមក ឬទេ? Has the condition been suffered from previously?				
កាលបរិច្ឆេទនៃការចូលពិគ្រោះជំងឺជាមួយគ្រូពេទ្យជាលើកដំបូង ចំពោះអាការៈនេះ? Date of first consultation with any medical practitioner for this condition?				
តើការព្យាបាលមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរដែលបង្កឡើងវិញ ឬទេ? Was the treatment in respect of an acute exacerbation of a chronic condition?			<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

ការពិនិត្យដោយឧបករណ៍

EXAMINATION

ការពិនិត្យដោយឧបករណ៍ដែលធ្វើឡើងក្នុងពេលព្យាបាល/សំរាកព្យាបាល Examinations undertaken during hospitalization/treatment	ថតកាំរស្មី X X-ray	(USD)
	CT ស្កេន/ MRI ស្កេន CT Scan/ MRI Scan	(USD)
	តេស្តឈាម Blood test	(USD)
	ថតអេកូ Echography	(USD)
	តេស្តពិសោធន៍ផ្សេងៗ Other lab test	(USD)
ការចំណាយផ្សេងៗដែលទាក់ទងទៅនឹងការសំរាកព្យាបាល/ព្យាបាល Other expenditure related to treatment and/or hospitalization		

ទឹកប្រាក់សរុប	(USD)
Grand Total	

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល:
 Physician Name: _____

លេខទូរស័ព្ទ:
 Phone Number: _____

កាលបរិច្ឆេទ ហត្ថលេខា និងត្រា
 Date and signature/stamp _____