U. S. Department of State

Medical history work sheet / ใบยั้งยืนการกวดสุขะพาบ

(for use with DS3026)

Name (Last, First, MI) ຊື່,ນາມສະກຸນ		Exam date(dd/mm/yyyy) ມື້ກວດ (ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ)
Birth date(dd/mm/yyyy) ວັນເກີດ (ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ)	Passport No. ນຳ້ເບີຫນັງສືຜ່ານແດນ	Case Number

1. Past Medical History (indicate conditions requiring medication or other treatment after resettlement and give detail in remarks) ປະຫວັດຜ່ານມາທາງດ້ານສຸຂະພາບ (ການໝາຍຂໍ້ຄວາມໃນຮູບສີ່ຫຼ່ຽມລຸ່ມນີ້ໄດ້ຊີ້ແຈ້ງໃຫ້ເຫັນເຖິງປະຫວັດຜ່ານມາທາງດ້ານການໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ແລະ ການກິນຢາຮັກສາ) NOTE: The following information has been self-reported, has not been verified by a physician, and should not be deemed medically definitive.

No ບໍ່ເຄີຍ	Yes ເຄີຍ	
		General / ພາກທົ່ວໄປ:
☐	☐	Illness or injury requiring hospitalization (Including psychiatric) ການເຈັບປ່ວຍ ແລະການບາດເຈັບທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ (ລວມທັງດ້ານຈິດຕະແພດ)
		Cardiology / ຫົວໃຈ:
☐	☐	Angina pectoris / ການເຈັບແໜ້ນບໍລິເວນໃຈກາງໜ້າເອິກ
☐	☐	Hypertension (high blood pressure) / ຄວາມດັນເລືອດສູງ
☐	☐	Cardiac arrhythmia / ພະຍາດຫົວໃຈຕີໄວຜິດປົກກະຕິ
☐	☐	Congenital heart disease / ພະຍາດຫົວໃຈທີ່ເປັນມາແຕ່ກຳເນີດ
		Pulmonology / ປອດ:
☐	☐	History of tobacco use / ເຄີຍມີປະຫວັດໃນການສູບຢາ
☐	☐	Current use / ປະຈຸບັນຍັງສູບຢາ
☐	☐	Asthma / ເປັນພະຍາດຫືດ (ມີອາການພູມແພ້ຕໍ່ອາກາດ, ຝຸ່ນ, ຄັວນ, ຫາຍໃຈບໍ່ສະດວກ)
☐	☐	Chronic obstructive pulmonary disease (emphysema) / ເປັນພະຍາດປອດອຸດຕັນຊຳເຮື້ອ (ເປັນພະຍາດຖຸອດປອດອຸດຕັນຊຳເຮື້ອ)
☐	☐	History of tuberculosis / ປະຫວັດກ່ຽວກັບພະຍາດວັນນະໂລກ Treated / ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ: yes / ແມ່ນ ☐ No / ບໍ່ແມ່ນ ☐ Current TB symptoms / ປະຈຸບັນມີອາການເປັນພະຍາດວັນນະໂລກ(ປອດແຫ້ງ): yes / ແມ່ນ ☐ No / ບໍ່ແມ່ນ ☐
		Neurology and psychiatry / ເສັ້ນປະສາດ ແລະຈິດຕະວິທະຍາດ
☐	☐	History of stroke, with current impairment / ມີປະຫວັດສະໝອງຖືກກະທົບກະເທືອນທີ່ມີຜົນເຮັດໃຫ້ເປັນພິການເຖິງປະຈຸບັນ
☐	☐	Seizure disorder / ເປັນໂລກຈິດ
☐	☐	Major impairment in learning, intelligence, selfcare, memory, or communication / ສະໝອງພິການເຊັ່ນທາງດ້ານການຮຽນຮູ້, ຄວາມສະຫຼາດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອຕົນເອງ, ຄວາມຈື້ຈຳ, ແລະການສື່ສານພົວພັນ

No ບໍ່ເຄີຍ	Yes ເຄີຍ	
☐	☐	Major mental disorder (including major depression, bipolar disorder, schizophrenia, mental retardation) / ເປັນພະຍາດທາງຈິດ (ເຊັ່ນວ່າມີການໂສກເສົ້າເສຍໃຈຫຼາຍ, ມີສິ່ງທີ່ເຮັດໃຫ້ເສັຍໃຈຫຼາຍ, ມີຄວາມພິການທາງດ້ານສະໝອງທີ່ເຮັດໃຫ້ຕົວເອງບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົວເອງໄດ້.
☐	☐	Use of drugs other than those required for medication reasons / ມີການໃຊ້ຢາອື່ນໆທີ່ບໍ່ມີຄວາມຕ້ອງການໃນການປິ່ນປົວພະຍາດ
☐	☐	Addiction or abuse of specific* substance (drug) (* Amphetamines, cannabis, cocaine, hallucinogens, inhalants, opoids, phencyclidines, sedativehypnotic, and anxiolytics) ມີການຕິດຢາເສບຕິດ (ເຊັ່ນວ່າກິນຢາມ້າ, ສູບຢາຝິ່ນ, ສູບເຮໂລອີນ, ດື່ມກາວ ແລະຢາອື່ນໆທີ່ຜິດຕໍ່ກົດໝາຍ)
☐	☐	Other substance related disorders (including alcohol addiction or abuse) ສິ່ງອື່ນໆທີ່ມີການພົວພັນເຖິງການຕິດເຫຼົ້າ ແລະສິ່ງທີ່ຜິດກົດໝາຍ)
☐	☐	Ever taken action to end your life / ເຄີຍຄິດຂ້າຕົວຕາຍ
☐	☐	Ever caused SERIOUS injury to others, caused MAJOR property damage or trouble with the law because of medical condition, mental disorder, or influence of alcohol drugs / ເຄີຍບາດເຈັບສາຫັດທີ່ມີຜົນເຮັດໃຫ້ສູນເສຍຊັບສິນບັດ, ມີການເສຍຫາຍທີ່ພົວພັນເຖິງດ້ານກົດໝາຍ, ເຖິງສຸຂະພາບ, ເຖິງພະຍາດທາງຈິດ, ແລະການບາດເຈັບທີ່ມີຜົນສະທ້ອນເຖິງການຕິດເຫຼົ້າແລະຕິດຢາເສດຕິດ.

Obstetrics and Sexually transmitted diseases / ດ້ານພະຍາດຍິງແລະການຕິດເຊື້ອທາງເພດສຳພັນ

☐	☐	Pregnancy / ຖືພາ Fundal height / ລວງສູງຂອງໜ້າທ້ອງ _____cm/ ຊມ Last menstrual period Date (dd/mm/yyyy) / ປະຈຳເດືອນມື້ສຸດທ້າຍ (ມື້/ເດືອນ/ປີ) _____
☐	☐	Sexually transmitted disease, sepecify / ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສຳພັນ, ເຊັ່ນວ່າ _____

Endocrinology and hematology / ລະບົບຕ່ອມຂັບຍ່ອຍຂອງໂຮໂມນ ແລະລະບົບການກ້ານຂອງເລືອດ

☐	☐	Diabetes mellitus / ພະຍາດເບົາຫວານ
☐	☐	Thyroid disease / ພະຍາດຄໍເອີ້ມ
☐	☐	History of malaria / ເຄີຍມີປະຫັວດໃນການເປັນໄຂ້ຍຸງ

Other / ເປັນພະຍາດອື່ນໆ

☐	☐	Malignancy, specify / ເປັນພະຍາດທີ່ເປັນອັນຕະລາຍເຖິງແກ່ຄວາມຕາຍເຊັ່ນວ່າເປັນມະເຮັງ
☐	☐	Chronic renal disease / ເປັນພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງອັກເສບຊຳເຮື້ອ
☐	☐	Chronic hepatitis or other chronic liver disease / ເປັນພະຍາດຕັບອັກເສບຊຳເຮື້ອ, ພະຍາດຕັບອັກເສບຊະນິດອື່ນໆ
☐	☐	Hansen ‘s disease / ເປັນພະຍາດຊຳເຮື້ອ ☐ Tuberculiod / ມີການຕິດເຊື້ອວັນນະໂລກ ☐ Borderline / ເປັນໂລກຈິດ ☐ Lepromatous / ເປັນພະຍາດອັກເສບກ້ອນເນື້ອ OR ຫຼື ☐ Paucibacillary / ມີການຕິດເຊື້ອບັກຊີລາລີ ☐ Multibacillary / ມີການຕິດເຊື້ອບັກເຕີລີຍ່າງຫຼວງຫຼາຍ Treated / ການປິ່ນປົວ: ☐ Yes / ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ ☐ No / ບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ
☐	☐	Visible disabilities (including loss of arms or legs) / ເປັນພິການ (ເຊັ່ນວ່າມີການສູນເສຍແຂນ ແລະຂາ) _____ _____
☐	☐	Other requiring treatment, specify / ມີຄວາມຕ້ອງການໃນການປິ່ນປົວພະຍາດອື່ນໆ _____ _____