



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____	M.O.	
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - BURMESE/မြန်မာဘာသာ

ညွှန်ကြားချက်များ

အောက်တွင်ပေးထားသည့် မေးခွန်း ၁၀ ခုက လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် သင်မည်ကဲ့သို့ ခံစားခဲ့ရသည်ကို မေးထားပါသည်။ မေးခွန်းတစ်ခုချင်းစီအတွက် သင်ထိုကဲ့သို့ ခံစားနေရသည့် အချိန်အတိုင်းအတာနှင့် အကိုက်ညီဆုံးတစ်ခုကို ရွေးပြီး ဝိုင်းပြပေးပါ။

	တချိန်တခါမှ ခံစားရပါ။	အချိန်အနည်းငယ်မျှသာ	တခါတလေ	အမြဲတမ်းလိုလို	အမြဲတမ်းခံစားရပါသည်။
1. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် မည်သည့် အကြောင်းအရာမျှမရှိဘဲ မောပန်းနေသည်ဟု အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် စိတ်လှုပ်ရှားမှု အကြိမ်ပေါင်း မည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် စိတ်လှုပ်ရှားလွန်း၍ မည်သည့်အရာမျှ သင့်စိတ်ကို ငြိမ်သက်မှု ရအောင် မလုပ်ပေးနိုင်တာမျိုး အကြိမ်ပေါင်း မည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် မျှော်လင့်ချက်မဲ့ ဖြစ်နေခြင်းမျိုး အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါ သလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် အနားမရ သို့မဟုတ် ဂဏာမငြိမ်မှု အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် ဂဏာမငြိမ် ဖြစ်လွန်း၍ ငြိမ်ငြိမ်မထိုင်နိုင် ဖြစ်နေခြင်းမျိုး အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် စိတ်ဓါတ်ကျ ဆင်းခြင်း အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် အရာအားလုံးကို အားစိုက်ပြီး လုပ်နေရသည်ဟု အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် အလွန်ဝမ်းနည်း နေခြင်းကြောင့် မည့်သည့်အရာမျှ သင့်ကို ပျော်ရွှင်လာစေအောင် မလုပ်နိုင်ခြင်းမျိုး အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် မိမိကိုယ်ကို တန်ဖိုးမရှိသောသူအဖြစ် အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ခံစားခဲ့ပါသလဲ။	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ကျေးဇူးပြု၍ နောက်စာမျက်နှာကိုလှန်ပြီး ဆက်ဖြေပါ။



SMR060988

Holes Punched as per AS2828.1: 2012 BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928y 101014

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - BURMESE/မြန်မာဘာသာ SMR060.988



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____	M.O.	
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - BURMESE

နောက်အနည်းငယ်မျှသော မေးခွန်းများ၌ လွန်ခဲ့သည့် လေးပတ်အတွင်း ဤသို့ ခံစားမှုများကြောင့် သင့်အပေါ် မည်သို့သော အကျိုးသက်ရောက်မှုမျိုး ဖြစ်လာနိုင်ခြင်း အကြောင်း ဖြစ်ပါသည်။

အကယ်၍ အထက်ပါ သင့်ခံစားချက် အကြောင်း မေးခွန်း ၁၀ ခုတွင် "တချိန်မှ မခံစားရပါ" ဟု အားလုံး ကို ဖြေခဲ့လျှင် ဤမေးခွန်းများကို သင်ဆက်ဖြေရန် မလိုအပ်ပါ။

<p>11. လွန်ခဲ့သောလေးပတ်တွင် ဤခံစားမှုများ ကြောင့် အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်ခြင်း၊ စာကျက်မှတ်နိုင်ခြင်း၊ သို့မဟုတ် သင်၏တစ်နေ့တာ လုပ်ငန်းများကို လုံးဝ မလုပ်နိုင်ခဲ့ခြင်းမျိုး ဘယ်နှစ်ရက် ရှိခဲ့ပါသလဲ။</p> <p style="text-align: right;">..... (နေ့ရက်အရေအတွက်များ)</p>
<p>12. ဤရက်များအပြင် လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် အလုပ်၊ စာကျက်မှတ်၊ သို့မဟုတ် သင်၏တစ်နေ့တာ လုပ်ငန်းများကို လုပ်နိုင်ခဲ့ သော်လည်း၊ ဤခံစားမှုများကြောင့် တနေ့တာ လုပ်ဆောင်မှုများကို လျော့လုပ်ခြင်းမျိုး ဘယ်နှစ်ရက် ရှိခဲ့ပါသလဲ။</p> <p style="text-align: right;">..... (နေ့ရက်အရေအတွက်များ)</p>
<p>13. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် ဤခံစားချက်များနှင့် ပတ်သက်၍ ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ပညာရှင်များနှင့် ဘယ်နှစ်ကြိမ် တွေ့ဆုံခဲ့ပါသလဲ။</p> <p style="text-align: right;">..... (တွေ့ဆုံဆွေးနွေးသော အကြိမ်အရေအတွက်)</p>
<p>14. လွန်ခဲ့သော လေးပတ်တွင် အဓိကအားဖြင့် ခန္ဓာကိုယ်ကျန်းမာရေး ပြဿနာများကြောင့် ဤခံစားချက်များ အကြိမ်ပေါင်းမည်မျှ ဖြစ်ပေါ်ခဲ့ပါသလဲ။</p> <p style="text-align: right;">တချိန်တခါမှ မခံစားရပါ။ <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">အချိန်အနည်းငယ်မျှသာ <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">တခါတလေ <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">အမြဲတမ်းလိုလို <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">အမြဲတမ်း ခံစားရပါသည်။ <input type="radio"/></p>

ဤမေးခွန်းများကို ဖြည့်ပေးသည့်အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်ကိုဖြည့်ခိုင်းသော ဝန်ထမ်းထံ သို့ ပြန်ပေးလိုက်ပါ။

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes: K10 score

Staff comments:
.....
.....

Staff name: Signature: Designation: Date:

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

