



# ធានារ៉ាប់រង មេឌីគ្រីទីវល អាស៊ី

## កម្រងសំណួរសុខភាព



លេខសម្ងាត់/Code

លេខស្នើសុំ/Proposal Number

ទីប្រឹក្សាផ្នែកលក់/Producer

ឈ្មោះម្ចាស់បញ្ជីសន្យារ៉ាប់រង

Policyholder Name

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

Insured Name

១) ក្នុងរយៈពេល ១០ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ តើអ្នកបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬទទួលបានការព្យាបាលដែលទាក់ទងទៅនឹងជំងឺណាមួយខាងក្រោមនេះដែរឬទេ?  
 At any time in the last 10 years have you been diagnosed or received treatment of any kind in connection with any of the following illnesses?

ក. គ្រប់ប្រភេទជំងឺមហារីក៖ មហារីកគ្រាប់ឈាម ជំងឺហាស់ស្ត្រីន (Hodgkin) ដុំសាច់កាចនៃក្រពេញទឹកដៃ ដុំសាច់កាចនៃជាលិកាភ្លាច ឬដុំសាច់ពណ៌ខ្មៅដុះលើស្បែក។  
 Yes No

Any form of cancer, leukaemia, Hodgkin's disease, lymphoma, sarcoma or melanoma;

ខ. គ្រប់ជំងឺប្រេងក្លាយជាសាច់កាច៖ ដុំដែលមិនទាន់អាចកំណត់ថាជាដុំសាច់កាច ដុំសាច់ដែលលូតលាស់ខុស ប្រក្រតី ការរីកក្រពេញប្រូស្តាត ឬការកើនឡើងដុំសាច់ក្នុងឈាម ភាពមិនប្រក្រតីនៃតេស្តមាត់ ស្បូន ឬស្បូន ក្រពេញទឹកដុំតបញ្ចេញទឹកស៊ីនត្រីស រត្តមានដុំសាច់ក្នុងពោះវៀនធំ ពោះវៀនតូច ឬ ក្រពះ និងប្រព្រឹត្ត ឬ អាចមន្តរយ ដែលមានការហូរឈាមធ្វើឲ្យមានការឈឺចាប់ ផ្តាសាយពណ៌ ឬមានការកើនទំហំ នៅពេលដែល អ្នកមិនទាន់ធុរស្បែក ឬចេញពីមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីណាត់ជួប។  
 Yes No

Any precancerous lesions, borderline tumour, dysplasia, prostate enlargement or elevated tumour marker in the blood (PSA), abnormal cervical smear or mammogram, hyperthyroidism, presence of polyps in the colon, small intestine, and/or stomach and any mole or freckle that has bled, become painful, changed colour or increased in size, from which you have not fully recovered and/or been discharged from follow up;

គ. គ្រប់វិបត្តិគ្រាប់ឈាម ឬវិបត្តិប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែលត្រូវការការព្យាបាលរយៈពេលជាងមួយខែដោយទៀងទាត់ ឬបន្តការព្យាបាលក្រៅពីរបបអាហារពិសេស (ឧទាហរណ៍៖ ការខ្វះគ្រាប់ឈាមក្រហម មហារីកគ្រាប់ឈាម ដុំសាច់កាចនៃក្រពេញទឹកដៃ មហារីកខ្នុរឆ្អឹង ជំងឺសរសៃឈាម ជំងឺកោសិកាក្រហមមានរាងកណ្តៀរ កង្វះគ្រាប់ឈាមក្រហមពីកំណើត) ។  
 Yes No

Any blood disorder or inherited immune disorder needing treatment over a period of more than one month which required regular or continuous treatment other than just a special diet (for example aplastic anaemia, lymphoma, leukaemia, myeloma, myelodysplastic syndrome, sickle cell disease, thalassaemia);

ឃ. គ្រប់ទម្រង់នៃ៖  
 Any kind of  
 Yes No

- ដុំសាច់ ដុំពក ដុំគីស ឬ tumour, lump, cyst or
- សរសៃឈាម ឬធាតុឈាមដោយរាប់បញ្ចូលទាំងដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ហូរឈាមក្នុងខួរក្បាល សរសៃឈាមមិនប្រក្រតី (សរសៃអាទៃ និងសរសៃមិនប្រក្រតី ការប៉ោង សរសៃឈាមក្រហម ដុំឈាមកក ខ្យល់ ឬខ្លាញ់ដែលស្ទុះក្នុងខួរក្បាល) vascular or circulatory condition including stroke, transient ischemic attack (TIA), brain haemorrhage (bleeding), abnormal blood vessels (arteriovenous malformation, aneurysm, thrombus or embolus in the brain)

ក្នុង ឬជុំវិញខួរក្បាល in or around the brain;



**ធានារ៉ាប់រង មេឌីគ្រីទីវល អាស៊ី**  
**កម្រងសំណួរសុខភាព**



<p>ង. គ្រប់ជំងឺចេះដឹង (រាប់បញ្ចូលទាំងជំងឺគាំងចេះដឹង ការចុះកើតច្រូង វិបត្តិសរសៃឈាមចេះដឹង វិបត្តិប្រើសរសៃដឹង សួរសរសៃដឹងមិនធម្មតារបស់ចេះដឹង គ្រុន/រលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ជំងឺខ្សោយចេះដឹង ចេះដឹងរីក ឬជំងឺសាច់ដុំ ចេះដឹង។)</p> <p>Any form of heart disease (including heart attack, angina, heart vessel disorders, heart valve disorders, heart murmurs or rheumatic fever, heart failure, heart enlargement or cardiomyopathy.)</p> <p>(អ្នកអាចឆ្លើយ “ទេ” សម្រាប់សំណួរខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាបាលតែជំងឺលើសម្ពាធឈាម ឬ កូលេស្តេរ៉ូលខ្ពស់) (You can answer NO if you are being treated only for high blood pressure and/or high cholesterol);</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>ច. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម</p> <p>Diabetes.</p> <p>(អ្នកអាចឆ្លើយ “ទេ” សម្រាប់សំណួរខាងលើ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាបាលតែជំងឺទឹកនោមផ្អែមពេលកំពុងមានផ្ទៃពោះ) (You can answer NO if you are being treated only for gestational diabetes);</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>ឆ. ការចុះខ្សោយមុខងារតម្រងនោម ការរលាងឈាម ថ្លើមរីក ឬជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ</p> <p>Chronic impaired kidney function, dialysis, liver cirrhosis or chronic liver failure.</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>២) តើអ្នកមានឪពុក/ម្តាយ បងប្អូនប្រុស/ស្រីបង្កើត ដែលមានអាយុក្រោម៥០ឆ្នាំ បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាក់ទងនឹងជំងឺ ប្រព័ន្ធសរសៃឈាម (ជំងឺគាំងចេះដឹង ឆ្លងកាត់ការវះកាត់ ឬដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល) តម្រងនោមមានពក ទឹកច្រើន ឬជំងឺហារិកពោះវៀន សុដន់ ពោះវៀនធំ ស្បូន ក្រពេញប្រស្នាត ដុំសាច់ពណ៌ខ្មៅដុះលើស្បែក លំពែង ឬតម្រងនោមដៃឬទេ?</p> <p>Have any of your natural parents, brother or sisters, before their 50th birthday, been diagnosed with cardiovascular disease (heart attack, bypass surgery or stroke), polycystic kidney disease, or cancer of the bowel, breast, colon, ovarian, prostate, melanoma, pancreas or kidney?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>៣) តើបច្ចុប្បន្ន ឬកាលពី៦ខែមុន អ្នកធ្លាប់មានការឈឺចាប់ដោយសាររោគសញ្ញាផ្សេងៗ ឬរោគសញ្ញាដែល កើតឡើងវិញ ឬរោគសញ្ញាណាមួយដែលមិនទាន់បានតាមដានដៃឬទេ?</p> <p>(ដោយរួមបញ្ចូលទាំងដំណាមួយនៅក្នុងសុដន់ ឬពងស្វាស ការហូរឈាមតាមរន្ធក្នុង ការហូរឈាមតាមទឹកនោម ក្អកមិនធម្មតា ជំងឺខាងលើដៃ ការបាត់បង់ទម្ងន់ដោយមិនអាច កំណត់ ការឈឺក្បាលញឹកញាប់ បញ្ហាផ្នែក បញ្ហាសម្លេង ពិបាកនិយាយ អវយវៈចុះទន់ខ្សោយ ប្រកាច់ ដួលសន្លប់ និងភាពមិនប្រក្រតីនៃតេស្តឈាម)។</p> <p>Do you currently or did you suffer during the last 6 months from any persisting or recurrent symptoms and/or signs which have not yet been investigated? (This includes any lump in the breast or in testicles, rectal bleeding, blood in urine, unusual cough, jaundice, unexplained weight loss, headaches of increasing frequency, vision problems, hearing problems, speech difficulties, weakness of limbs, seizures, fits or fainting and abnormal lab values of your blood check.)</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>៤) តើអ្នកកំពុងរង់ចាំការណាត់ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ក្នុងការរករោគសញ្ញា ធ្វើការតាមដានរង់ចាំ លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្ត ឬការតាមដានណាមួយដៃឬទេ?</p> <p>Are you awaiting any appointment with a doctor or a hospital where the symptoms and/or findings should be further investigated, or awaiting the results of any tests or investigations?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>៥) តើអ្នកធ្លាប់ណាត់ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ដើម្បីស្រ្តូន អ៊ីម អេស អាយ (MRI) ក្នុងរយៈពេល១២ខែ ចុងក្រោយនេះដៃឬទេ?</p> <p>Have you scheduled an appointment for breast magnetic resonance imaging (MRI) in the last 12 months?</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No
<p>៦) តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការណែនាំ ឬកំពុងស្ថិតក្នុងបញ្ជីរង់ចាំ សម្រាប់ការវះកាត់ផ្លាស់ប្តូរសរសៃឆ្អឹងដៃឬទេ?</p> <p>Have you had or been recommended to have, or are you currently on a waiting list for an organ transplant</p>	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស Yes	<input type="checkbox"/> ទេ No

ហត្ថលេខា អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង  
/Your signature