



ក្រសួងសុខាភិបាល

សេចក្តីណែនាំបញ្ជីអតិថិជនដែលស្ម័គ្រចិត្តធ្វើតេស្តរយៈពេលវែង
នូវសេវាផ្តល់ប្រឹក្សារ៉ាំរ៉ៃជំងឺអេដស៍

ឈ្មោះខេត្ត : ឈ្មោះស្រុកប្រតិបត្តិ :

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ វិមល្លាសសុខភាព :

លេខកូដ										ឈ្មោះអតិថិជន	ស្រី	មានផ្ទៃពោះ ឬទេ?		ការធ្វើតេស្តបញ្ជាក់ផ្ទៃពោះ			ប្រុស	ព័ត៌មានអំពីការ ធ្វើតេស្តរក មេរោគអេដស៍ ចំពោះដៃគូ	ស្ថានភាពគ្រួសារ (**)	អាយុ	មុខរបរ (*)	អាស័យដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ
លេខកូដទីកន្លែង					លេខកូដអតិថិជន							មាន	គ្មាន	កាលបរិច្ឆេទ	លទ្ធផល							
															វិជ្ជមាន	អវិជ្ជមាន						
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								
													/	/								

(*) កសិករ=១. មេផ្ទះ=២. កម្មកររោងចក្រ=៣. ប៉ូលីស រឺ ទាហាន=៤. មន្ត្រីរាជការ=៥ HBC¹= ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ ANC²= សេវាពិនិត្យផ្ទៃពោះ STI³= សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ
(**) រៀបការ=១. មេម៉ាយ រឺ ពោះម៉ាយ=២. នៅសិរី=៣

