

## TSHUAJ NEEG KEEB KWM KEV MOB NKEEG HEALTHCHECK INDIVIDUAL HEALTH HISTORY

Ua ib daim foos rau txhua tus neeg tshuaj kev mob nkeeg Fill out one form for each person screened	Tswv Cuab (Member) Tus I.D. Tam Sim No Per Code
	Hnub Ua Daim Foos No (Hli/Hnub /Xyoo)
Npe – Tus Neeg Mob	Npe – Niam thiab Txiv los yog Tus Saib Xyuas
Chaw Nyob – Tus Neeg Mob	Chaw Nyob – Niam thiab Txiv los yog Tus Saib Xyuas
Xov Tooj – Tus Neeg Mob	Xov Tooj – Niam thiab Txiv los yog Tus Saib Xyuas

Hnub Yug – Tus Neeg Mob (Hli/Hnub/Xyoo)

Tsev Kawm Ntawv thiab Qib Kawm los yog Txoj Hauj Lwm – Tus Neeg Mob

---

Npe thiab Chaw Nyob – Tus Kws Kho Mob

---

Npe thiab Chaw Nyob – Tus Kws Kho Hniav

### KEV MOB NKEEG – Teb rau Txhua Tus Tsis Hais Hnub Nyoog Li Cas GENERAL HEALTH - Answer for All Ages

Office Use	Yog (Yes)	Tsis Yog (No)	Tsis Paub (Don't Know)	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nws puas yog ntau tshaj 12 lub hlis lawm txij thaum tus neeg no tau mus tshuaj mob (checkup) nrog ib tus kws kho mob?
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nws puas yog ntau tshaj 12 lub hlis lawm txij thaum ib tus kws kho mob tau tshuaj tus neeg no vim muaj mob los yog raug mob?
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nws puas yog ntau tshaj 12 lub hlis lawm txij thaum tus neeg no tau mus tshuaj mob (checkup) nrog ib tus kws kho hniav?
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nws puas yog ntau tshaj 12 lub hlis lawm txij thaum ib tus kws kho hniav tau tshuaj tus neeg no vim muaj mob los yog raug mob?
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas muaj ib yam dab tsi txog tus neeg no nws kev noj qab haus huv, kev mob nkeeg los yog kev loj hlob uas koj ntxhov siab los yog txhawj xeeb txog? Yog MUAJ, thov piav.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas siv txoj siv sia los yog lub rooj rau me nyuam zaum txhua zaum thaum nyob hauv tsheb?

### TUS NEEG NO PUAS TAU MUAJ LOS YOG TUS NEEG NO TAM SIM NO PUAS MUAJ COV MOB NRAM QAB NO? DID THIS PERSON EVER HAVE OR DOES THIS PERSON NOW HAVE ANY OF THE FOLLOWING?

Office Use	Yog (Yes)	Tsis Yog (No)	Tsis Paub (Don't Know)		Office Use	Yog (Yes)	Tsis Yog (No)	Tsis Paub (Don't Know)	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kub ib ce tsis paub piav	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ntuav los yog raws plab
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tsis qab los los yog pub zaub mov rau noj nyuaj	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hawb pob los yog ua pa nrov zis zawg

9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poob ceeb thawj	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cov txha sib txua o
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tsis nco qab lawm	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plawv pheej nroo nroo
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raug tob hau	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pheej mob plab tsis so
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mob nriaj tes nriaj taw, huam ib tshaj ib tshaj	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tso quav los ntshav
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pheej kheev mob tob hau tsis so	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zais zis, raum, los yog tso zis muaj teeb meem
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qhov muag muaj teeb meem	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tso zis los ntshav
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mob pob ntseg, qhov ntsej	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ua pob, ua xua, daim tawv nqaij muaj teeb meem
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qhov ntswg kheev los ntshav	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doog los yog los ntshav ntau
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hnoos ntev los lawm	30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kheev dawm ko taw, ntog
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muaj Teeb meem tsis hnov lus	31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kheev mob khaub thuas los yog kheev ua mob
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cem quav					

Office Use	Yog (Yes)	Tsis Yog (No)	Tsis Paub (Don't Know)	TUS NEEG NO PUAS TAU MUAJ TEJ MOB NRAM QAB NO DUA LOS LAWLM? HAS THIS PERSON HAD ANY OF THE FOLLOWING?
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qoob qhua pias soob (Rubella) (German measles)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qoob qhua pias (Measles) (Red)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mob qog (Mumps)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mob ib ce ua kub ua no (Rheumatic Fever)
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas fab los yog tsis haum rau tej yam dab tsi (allergies) tam sim no los yog yav tas los? Yog MUAJ, thov piav.
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas muaj mob hawb pob (asthma) tam sim no los yog yav tas los?
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas tau raug mob hanyav (accidents) dab tsi yav tas los? Yog MUAJ, thov piav.
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas tau mus pw hauv tsev kho mob, raug phais, muaj mob loj yav tas los? Yog MUAJ, thov piav.
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no tam sim no puas muaj tej qhov teeb meem uas koj xav, los yog tus kws kho mob tau hais rau koj, tias tej zaum yuav yog ib qho ntawm cov teeb meem tau hais nyob nqi 7 – 36? Yog MUAJ, thov piav.
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas PHEEJ KHEEV noj tej yam uas tsis yog khoom noj? (Xws li: av, xim, xaum, clay, starch, ntawv xov xwm.) Yog MUAJ, thov piav.
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas muaj teeb meem siv lub dab tso quav los yog teeb meem txog kev xyaum tso quav saum lub dab?
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas raug zoo nrog nws tsev neeg los yog cov nws nrog ua si?
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas muaj teeb meem txog kev kawm?

42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas ntsib teeb meem hauv tsev kawm ntawv los yog tsis nyiam kawm ntawv?
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas tau noj cov tshuaj uas kws kho mob ua ntawv kom yuav li 12 lub hlis tas los? Yog noj tshuaj rau dab tsi?
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas tau noj cov tshuaj uas tsis yog kws kho mob kom yuav li 12 lub hlis tas los? (Xws li: aspirin, antihistamines, vitamins, food supplements.) Yog noj ne, yog hom tshuaj twg?
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus neeg no puas tau sim tshuaj txog mob ntsws qhuav es tshwm tias tej zaum ntshe yuav yog?
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raug Xa Mus Rau Qhov Kev Ntsuam Xyuas Txog Cov Hluas.
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEB RAU COV POJ NIAM YUG UA NTEJ 1972: Leej niam ntawm tus me nyuam no puas tau noj tej tshuaj tiv thaiv kom txhob nchuav me nyuam lub caij nws cev xeeb muaj tus me nyuam no?

**KEEP KWM KEV TXHAJ TSHUAJ: Teev cov tshuaj thiab cov hnuv (hli/hnuv/xyoo) uas txhaj tshuaj.**

Hom Tshuaj Txhaj	Koob 1	Koob 2	Koob 3	Koob 4	Koob 5

**KEV COJ TUS CWJ PWM / TSWJ TUS KHEEJ  
BEHAVIORAL / EMOTIONAL HEALTH**

Office Use	Yog (Yes)	Tsis Yog (No)	Tsis Paub (Don't Know)	
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Tus neeg no puas tau muaj ib qho hauv qab no yav tas los:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Teeb meem kev coj tus cwj pwm los yog tswj tus kheej LOS YOG</li> <li>● Mus kho txog teeb meem kev coj tus cwj pwm los yog tswj tus kheej nyob hauv ib qhov chaw kuaj mob (clinic) los yog tsev kho mob (hospital)? Yog TAU mus kho rau qhov twg, thov piav.</li> </ul>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Tus neeg no tsev neeg puas muaj ib tus tau mus kho los yog mus pw hauv tsev kho mob txog teeb meem kev tswj tus kheej xws li kev nyuaj siab, kev ntxhov siab, kev npau taws sai, kev yuav tua tus kheej, los yog kev quav dej caw los yog yeeb tshuaj? Yog MUAJ rau yam twg, thov piav.</p>
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Tus neeg no puas tau quav luam yeeb thiab/los yog yeeb tshuaj los li? Yog TAU, thov piav.</p>

51	<u>Tus neeg no puas tau</u> <input type="checkbox"/> tsis muaj kev cia siab los yog kho siab <input type="checkbox"/> pheej muaj muaj zog tsis xav so li <input type="checkbox"/> pheej quaj tsis paub xyov yog ua cas <input type="checkbox"/> pheej zoo li yuav ua kom tus kheej raug mob <input type="checkbox"/> tau npaj siab txo tus kheej txoj sia <input type="checkbox"/> ua tej yam tsis ntshai tsam raug mob <input type="checkbox"/> pheej muaj tej yam xav txawv txawv <input type="checkbox"/> pheej hnov tej yam uas lwm leej lwm tus nyob ib ncig nws tsis hnov <input type="checkbox"/> muaj teeb meem noj khoom los yog pw (ntau dhau los yog tsawg dhau) <input type="checkbox"/> pheej ua tej yam tswj tsis tau tus kheej uas tsis tsim nyog (tej yam ua tsis muaj qab hau dab tsi rau qhov ntawd)	
52	<u>Tus neeg no puas muaj tej teeb meem no hauv tsev kawm ntawv?</u> <input type="checkbox"/> tau qib kawm tsis zoo (poor grades) <input type="checkbox"/> ntaus los yog cam nrog cov phooj ywg los yog cov xib fwb <input type="checkbox"/> ntau phooj ywg nyuaj <input type="checkbox"/> pheej kheev dag los yog ua tub sab <input type="checkbox"/> kheev raug rho tawm ntawm tsev kawm ntawv <input type="checkbox"/> pheej mus kawm ntawv tsis cuag ncu	
53	<u>Tus neeg no puas muaj tej teeb meem nram qab no hauv tsev los yog hauv zej zos?</u> <input type="checkbox"/> txav tawm ntawm sawv daws (tsis xav nyob nrog lwm cov) <input type="checkbox"/> tuav rawv tsis tso ib tus niam/txiv, xib fwb, los yog lwm tus neeg <input type="checkbox"/> dag los yog nyiag khoom <input type="checkbox"/> khiav tawm mus deb ntawm tsev <input type="checkbox"/> cam los yog sib ntaus nrog tej phooj ywg tej kwv tij los yog tej muam tej viv ncaus <input type="checkbox"/> muaj teeb meem nrog tub ceev xwm <input type="checkbox"/> tsis kam ua raws li niam thiab txiv tej lus qhia, los yog tsis kam mloog cov cai hauv tsev, etc.	

Cov Nqe Lus Muab Xa Mus Rau Lwm Qhov Chaw Muab Kev Soj Ntsuam Ntxiv (Criteria for Referral for Further Assessment)

- 48 and 50. Xa mus rau kev soj ntsuam txog laj lim plab plaw yog muaj qhov teb tias yeej muaj (Refer for a psychiatric assessment if there is a positive response.)
49. Xa mus nkaus xwb yog cov nqe lus xa raug rau ib lo lus nug twg lawm (Refer only if referred criteria are met for any other question.)
50. Xa mus rau kev soj ntsuam txog laj lim plab plaw yog tau teb rau ib qho twg lawm (Refer for a psychiatric assessment if any responses are checked.)
- 52 and 53. Xa mus rau kev soj ntsuam txog laj lim plab plaw yog tau teb rau ib qho los yog ntau qhov lawm (Refer for a psychiatric assessment if two or more responses are checked.)

**CEV XEEB TUB & KEV LOJ HLOB**  
**PREGNANCY & DEVELOPMENT**  
 Teb rau Txhua Tus  
 Answer for all Ages

Tus no yog tus yug THIB PES TSAWV. Kos rau ntawm lub voj voog seb tus neeg no yog tus yug thib ib, thib ob, li ntawd. Tsis txhob suav cov muam los yog cov nus uas tuag thaum yug los lawm.

<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> 2nd	<input type="checkbox"/> 3rd	<input type="checkbox"/> 4th	<input type="checkbox"/> 5th	<input type="checkbox"/> 6th	<input type="checkbox"/> 7th	<input type="checkbox"/> 8th	<input type="checkbox"/> 9th	<input type="checkbox"/> 10th los yog siab dua
NIAM LUB HNUB NYOOG THAUM YUG TUS NO	Kos ib qho	<input type="checkbox"/> Qis dua 17	<input type="checkbox"/> 17-39	<input type="checkbox"/> 40 thiab siab dua	<input type="checkbox"/> Tsis paub				
TXIV LUB HNUB NYOOG THAUM YUG TUS NO	Kos ib qho	<input type="checkbox"/> Qis dua 17	<input type="checkbox"/> 17-39	<input type="checkbox"/> 40 thiab siab dua	<input type="checkbox"/> Tsis paub				

54.	Yog (Yes)	Tsis Yog (NO)	Tsis Paub (Don't Know)	KEEB KWM NTAWM LEEJ NIAM CEV XEEB TUB - Teb rau cov me nyuam QIS DUA 6 XYOO nkaus xwb
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas los ntshav li cas thaum lub caij muaj tus me nyuam no?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tus me nyuam puas yog yug ua ntej nws lub caij? Yog yug ua ntej ne, yog pes tsawg lub lis piam?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas muaj lwm yam teeb meem los yog muaj mob thaum muaj tus me nyuam no? (Xws li: qoob qhua pias, ntshav siab, ntshav qab zib, tej mob kev sib deev, thiab lwm yam) Yog MUAJ, thov piav.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas tau muaj tsom duab xob (X-rays) thaum muaj tus me nyuam?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas tau noj tej tshuaj uas yog kws tshuaj ua ntawv kom yuav los yog lwm yam tshuaj thaum muaj tus me nyuam no? (Xws li: tranquilizers, antibiotics, sedatives, tshuaj noj kom txhob ntuav, tej tshuaj – txhaj los yog haus – kom txhob nchuav los yog los ntshav) Yog MUAJ, thov piav.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas tau noj lwm yam tshuaj uas tsis yog kws tshuaj ua ntawv kom yuav thaum muaj tus me nyuam no? (Ib yam li: vitamins, iron supplements, frequent aspirin, etc.) Yog MUAJ, thov piav.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puas muaj tej yam dab tsi pom tias tsis tshua thooj li kev yug me nyuam? Yog MUAJ, thov piav.
55.			<b>KEV LOJ HLOB</b> - Teb rau cov me nyuam QIS DUA 6 XYOO nkaus xwb

Thaum yug los hanyav:        lbs        ozs. Ntev        inches

Kos rau qhov uas tus me nyuam tau ua rau cov sij hawm teev nram qab no:

<p><b>Qhov Muag Ntsia Lawv Raws Yam Khoom</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 1 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - 4 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tob qab 4 hlis</p>	<p><b>Ntxeev Tiaj</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 2 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - 5 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 5 hlis</p>	<p><b>Tig Mus Rau Ntawm Qhov Lub Suab Nrov Tuaj</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 3 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - 8 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 8 hlis</p>	<p><b>Zaum Ib Leeg</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 5 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - 9 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 9 hlis</p>	<p><b>Txaj Muag Rau Cov Neeg Txawv Tsis Paub</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 5 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 5 - 10 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 10 hlis</p>
<p><b>Mus kev Ib Leeg</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 11 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 11 - 15 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 15 hlis</p>	<p><b>Hais Tej Lo Lus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 9 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 9 - 12 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 12 hlis</p>	<p><b>Hais Tej Kab Lus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 20 hlis</p> <p><input type="checkbox"/> 20 hlis - 2 ½ xyoos</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 2 ½ xyoos</p>	<p><b>Noj Tej Khoom Xuas Ntiv Tes Tuav Ib Leeg</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 2 xyoos</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 2 xyoos</p>	<p><b>Siv Khob Haus Dej Ib Leeg</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tsis tau tau</p> <p><input type="checkbox"/> Ua ntej 2 xyoos</p> <p><input type="checkbox"/> Tom qab 2 xyoos</p>

Tau pom zoo tso cai muab kev tshuaj mob kom paub thaum ntxov txog teeb meem kev muaj mob rau

(Tus Neeg Mob Lub Npe)

thiab muab tej uas tshuaj tau tus mob qhia rau cov chaw thiab cov neeg ua hauj lwm pab txog kev mob nkeeg. Tseem tau pom zoo tso cai ntxiv rau cov chaw kho mob muab tej uas tau hais rau hauv no tso tawm rau cov neeg uas lawv lis txog qhov kev tshuaj mob nkeeg no thiab.

**KOS NPE**

Txheeb Ze rau Tus Neeg Mob li cas

Hnub Kos Npe