

# Trang đánh giá nhu cầu sức khỏe và xã hội

## Cho người tiêu dùng

Mục đích: giúp đỡ nhà cung cấp dịch vụ đánh giá nhu cầu của người tiêu dùng.

**Người tiêu dùng**

Tên: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: ngày/tháng/năm     /     /

Giới tính: \_\_\_\_\_

Số UR : \_\_\_\_\_

hoặc dán nhãn ở đây

Xin hãy điền các chi tiết sau để giúp chúng tôi hiểu quý vị và cung cấp dịch vụ tốt nhất cho quý vị.

*Việc quý vị tham gia hoàn tất bản câu hỏi này là tự nguyện, và chúng tôi sẽ giữ bí mật tuyệt đối thông tin của quý vị, theo đúng luật về giữ bí mật thông tin cá nhân.*

**Lý do chính quý vị ở đây hôm nay là gì?**

Các câu sau đây là ví dụ về những điều có thể là vấn đề/khó khăn đối với mọi người. **Xin hãy đánh dấu vào những câu phù hợp với quý vị, và đánh dấu những điều quý vị muốn thảo luận.** Hãy bỏ qua những câu không phù hợp với quý vị. Hãy đưa mẫu đơn hoàn tất cho người cung cấp dịch vụ vào lúc bắt đầu cuộc hẹn.

Câu hỏi	(đánh dấu ✓)	Tôi muốn thảo luận điều này (đánh dấu ✓)
Tôi gặp khó khăn với các công việc hàng ngày (như mặc quần áo, tắm hoặc chuẩn bị bữa ăn).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bác sĩ hay một chuyên viên y tế khác đã cho tôi biết tôi có bệnh (ví dụ bệnh thấp khớp, huyết áp cao, tiểu đường, bệnh tim, ung thư, loãng xương, suyễn, bệnh phổi, bệnh thận mãn tính hoặc một bệnh nào khác).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gần đây tôi có vấn đề về răng, miệng, nướu hoặc răng giả.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi lo lắng về chuyện thuốc của tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi lo lắng về việc tôi ít tập thể dục.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi lo lắng về trọng lượng cơ thể của tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gần đây tôi bị sụt ký mà không cần cố gắng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiện giờ tôi có hút thuốc lá.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đã bỏ hút thuốc trong 5 năm vừa qua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi lo lắng về số lượng rượu bia tôi uống.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi lo lắng về việc tôi sử dụng ma túy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi lo lắng về việc tôi chơi cờ bạc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoàn cảnh tài chính của tôi rất khó khăn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi thường cảm thấy buồn hoặc trầm cảm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi thường cảm thấy hồi hộp hoặc lo lắng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi cảm thấy sợ người nào đó kiểm soát hoặc làm tổn thương tôi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi vô gia cư hoặc có nguy cơ bị vô gia cư.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đánh giá sức khỏe của tôi kém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tôi đánh giá hoàn cảnh sống của tôi là nghèo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trang đánh giá nhu cầu sức khỏe và xã hội Cho người tiêu dùng

**This information collected by:** \_\_\_\_\_ SPSHSN Page 1

Name: \_\_\_\_\_ Position/Agency: \_\_\_\_\_

Sign: \_\_\_\_\_ Date: dd/mm/yyyy     /     /     Contact number: \_\_\_\_\_