

**ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដេល្វី/ THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA**

**ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ/ OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION**

**មជ្ឈមណ្ឌលអប់រំ/ EDUCATION CENTER**

**PORTAL C -FLOOR <sup>nd</sup>BROAD STREET, 2 .N 440  
4015-PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130**

ទូរស័ព្ទ: ២១៥-៤០០-៤២៧០

ទូរសារ: ២១៥-៤០០-៤២៧២

មជ្ឈមណ្ឌល/Center: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់ក្មេង/Child's Name: \_\_\_\_\_

កូនរបស់លោកអ្នកទទួលបានការពិនិត្យ សោតវិញ្ញាណ និង ឬ/ចក្ខុវិញ្ញាណ។ លទ្ធផលគឺ/ Your child had a hearing and/or vision screen. The results are

**លទ្ធផលនៃការពិនិត្យសោតវិញ្ញាណ/ Hearing Screen Result ថ្ងៃពិនិត្យ/ Date of exam \_\_\_\_\_**

- ជាប់ការពិនិត្យសោតវិញ្ញាណ/ Passed Hearing Screen
- ធ្លាក់ការពិនិត្យសោតវិញ្ញាណ - ត្រូវទៅពិនិត្យបន្ថែម (សូមមើលខាងក្រោមនេះ)/ Failed Hearing Screen - Needs Follow Up (See Below)
- ការពិនិត្យសោតវិញ្ញាណជាថ្មីឡើងវិញ - យោបល់/ Retest Hearing – Comment \_\_\_\_\_
- អវត្តមាន/ Absent \_\_\_\_\_

**លទ្ធផលនៃការពិនិត្យចក្ខុវិញ្ញាណ/ Vision Screen Results ថ្ងៃពិនិត្យ/ Date of exam \_\_\_\_\_**

- ជាប់ការពិនិត្យចក្ខុវិញ្ញាណ/ Passed Vision Screen
- ធ្លាក់ការពិនិត្យចក្ខុវិញ្ញាណ - ត្រូវទៅពិនិត្យបន្ថែម (សូមមើលខាងក្រោមនេះ)/ Failed Vision Screen - Needs Follow Up (See Below)
- អវត្តមាន/ Absent \_\_\_\_\_

**ធ្លាក់ការពិនិត្យ សោតវិញ្ញាណ និង/ឬ ចក្ខុវិញ្ញាណ / Failed Vision and/or Hearing Screen**

សូមឲ្យគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នកបំពេញផ្នែកខាងក្រោមនៃលិខិតនេះ ហើយប្រគល់ឲ្យទៅគ្រូរបស់កូនលោកអ្នកវិញ។/ Please ask your Health Care Provider to complete the bottom of this form and return it to your child's teacher.

**របាយការណ៍ដោយគ្រូពេទ្យ/ REPORT BY HEALTH CARE PROVIDER**

រោគវិនិច្ឆ័យ/ Diagnosis: \_\_\_\_\_

ការព្យាបាល/ Treatment: \_\_\_\_\_

ថ្ងៃទៅពិនិត្យបន្ថែម/ Date of Follow Up: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ (សូមសរសេរឈ្មោះឲ្យច្បាស់)/Provider's Name (Please Print) \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ/Provider's Signature \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែ/ Date \_\_\_\_\_

ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្សឺណែវដែលហ្ស៊ា  
 ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ

# ឲ្យខ្ញុំនៅផ្ទះ បើសិនជា...

ខ្ញុំមិនស្រួល  
ខ្លួន



តាមធម្មតា អស់កម្លាំង  
 ស្លេកស្លាំង មិនឃ្លាន  
 អាហារ ច្របូកច្របល់  
 ចិត្ត ឬ ញ័រញ័រ។

ខ្ញុំក្អក



ពីរដង ឬ ច្រើនដង  
 ជាងនេះក្នុងរយៈ  
 ពេល ២៤ម៉ោង។

ខ្ញុំឈឺបំពង់ក



គ្រុនក្តៅ ឬ ហើម  
 កូនកណ្តុរ។

ខ្ញុំឈឺភ្នែក



ទឹករំអិលខាប់ ឬ  
 អាចម៍ភ្នែក ហូរ  
 ចេញពីភ្នែក។

ខ្ញុំចុះរាគ



ពីរដង ឬ ច្រើនដង  
 ជាងនេះ ក្នុងរយៈ  
 ពេល ២៤ ម៉ោង។

ខ្ញុំមានកន្ទួលពេញ  
ខ្លួន ឬ មានចែ



មានកន្ទួលពេញខ្លួន  
 ព្រមទាំងគ្រុនក្តៅ ឬ  
 រមាស់ ឬ មានចែ។

ខ្ញុំក្តៅខ្លួន



ហើយ ឈឺបំពង់ក មាន  
 កន្ទួល ក្អក ចុះរាគ ឈឺ  
 ត្រចៀក ឬ មិនស្រួលខ្លួន។

...ហើយនៅពេលខ្ញុំឈឺ៖

- សូមរៀបចំឲ្យមានអ្នកជួយមើលថែខ្ញុំ។
- សូមប្រាប់គ្រូខ្ញុំថាខ្ញុំឈឺ ទោះបីជាម៉ាកប៉ាឲ្យខ្ញុំនៅផ្ទះក៏ដោយ។

# ក្រសួងអប់រំនៃទីក្រុងហ្វីឡាដេលហ្វី

ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ

មជ្ឈមណ្ឌលអប់រំ

440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

ទូរស័ព្ទ: ២១៥-៤០០-៤២៧០

ទូរសារ: ២១៥-៤០០-៤២៧២

ថ្ងៃខែ \_\_\_\_\_

ជូនចំពោះ: មាតាបិតា/ អាណាព្យាបាល៖

ថ្ងៃនេះ កូនរបស់លោកអ្នក \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ត្រូវក្មេងម្នាក់ខាំ។/was bitten by another child

\_\_\_\_\_ បានខាំក្មេងម្នាក់ទៀត។/bit another child

នៅពេលក្មេងខាំគ្នាបណ្តាលឲ្យដាច់ស្បែក អាចឲ្យមេរោគដែលនៅក្នុងមាត់ឆ្លងចូលតាមស្បែកដែលដាច់នោះ។ ជួនកាលស្បែកដាច់តែបន្តិច មិនអាចទាំងមើលឃើញផង ប៉ុន្តែមេរោគនៅតែអាចឆ្លងចូលបាន។ ហើយមេរោគក៏អាចឆ្លងពីស្បែករបស់ក្មេងដែលត្រូវគេខាំ ទៅក្នុងមាត់របស់ក្មេងដែលខាំគេនោះបានដែរ។

## សូមទុកចិត្តចុះ ថា៖

បើកូនលោកអ្នកត្រូវគេខាំ បុគ្គលិកនឹងផ្តល់ការព្យាបាលឲ្យបានត្រឹមត្រូវ លាងស្នាមខាំជាមួយសាប៊ូ និងទឹក ហើយរុំស្នាមខាំជាមួយស្បែករុំបូស បើសិនជាចាំបាច់។

បើកូនលោកអ្នកខាំក្មេងទៀត បុគ្គលិកនឹងជួយកូនលោកអ្នកឲ្យខ្លួនមាត់ចេញជាមួយនឹងទឹក។

ទោះជា កូនលោកអ្នកខាំកូនគេ ឬ កូនគេខាំកូនលោកអ្នកក៏ដោយ ក៏អាចនាំឲ្យឆ្លងមេរោគដែរ។ យើងខ្ញុំសូមឲ្យលោកអ្នកទូរស័ព្ទទៅគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នក ហើយធ្វើតាមការណែនាំរបស់គាត់។ បើកូនលោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវទៅជួបគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នក សូមឲ្យគាត់សរសេរនៅខាងក្រោយលិខិតនេះ ឬ នៅខាងក្រោម **លិខិត Ouch** ហើយប្រគល់ឲ្យគ្រូរបស់កូនលោកអ្នកវិញ។ បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទូរស័ព្ទមក Susan Aichele អ្នកចាត់ចែងផ្នែកសុខភាព លេខ ២១៥-៤០០-៥៦៧១។

**ក្រសួងអប់រំនិងកីឡា/ THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA**

**ការិយាល័យផ្នែកអប់រំកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ/ OFFICE OF EARLY CHILDHOOD EDUCATION**

**មជ្ឈមណ្ឌលអប់រំ/ EDUCATION CENTER**

**440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015**

ទូរស័ព្ទ៖ ២១៥-៤០០-៤២៧០

ទូរសារ៖ ២១៥-៤០០-៤២៧២

លេខលិខិតជូនដំណឹង/ Notice # \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែ/ Date៖ \_\_\_\_\_

ជូនចំពោះ៖ មាតាបិតា/ អាណាព្យាបាល របស់ / TO: The Parent/Guardian of \_\_\_\_\_

ប្រធានបទ៖ **ការតម្រូវសម្រាប់/ Topic: Requirements for** ការចាប់ផ្តើម (Entry) \_\_\_\_ ថ្នាក់មត្តេយ្យ (Kindergarten) \_\_\_\_  
ការត្រឡប់មកវិញ (Returning) \_\_\_\_

ខ្ញុំទើបតែដឹងថា សំណុំឯកសារសុខភាពរបស់កូនលោកអ្នកបង្ហាញថា កូនលោកអ្នកគ្មានឯកសារសុខភាពគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងបញ្ជី។ **សូម  
ណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់កូនលោកអ្នក ឆាប់បំផុត ដើម្បីសុំព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញដូចខាងក្រោមនេះ។** It has come to my attention that  
your child's health records indicate he/she does not have a complete health file. **Please make an appointment IMMEDIATELY** with  
your child's health care provider to get the information indicated below.

សូមឲ្យគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នកបំពេញលិខិតដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះ រួមទាំង ថ្ងៃខែ ពេញលេញ ឧទាហរណ៍ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ សម្រាប់អ្វីៗ  
ដែលបានគូសខាងក្រោមនេះ។/Please have your health care provider complete the attached form including the complete dates; e.g.  
Month/Day/Year for each item listed below.

- ការពិនិត្យសព្វស្រព័ន្ធកាយ/ Physical Exam \_\_\_\_\_ {ការពិនិត្យសព្វស្រព័ន្ធកាយចុងក្រោយបង្អស់ នៅថ្ងៃ/ Last physical \_\_\_\_\_}
- ការពិនិត្យធ្មេញ/ Dental Exam \_\_\_\_\_ {ការពិនិត្យធ្មេញចុងក្រោយបង្អស់ នៅថ្ងៃ/ Last dental \_\_\_\_\_}
- ការពិនិត្យចក្ខុវិញ្ញាណបន្ថែម/ Follow up Vision exam \_\_\_\_\_
- ការពិនិត្យសោតវិញ្ញាណបន្ថែម/ Follow up Hearing exam \_\_\_\_\_
- ចាក់ថ្នាំការពាររោគ ខាន់ស្លាក់ ក្អកមាត់ តេតាណុស (DPT) \_\_\_\_\_ ពិសោធន៍មើលរោគរបេង/ TB TEST \_\_\_\_\_
- ចាក់ថ្នាំការពារ រោគទន់សរសៃ/ POLIO \_\_\_\_\_ ពិសោធន៍មើលជាតិសំណុំល/ LEAD \_\_\_\_\_
- ចាក់ថ្នាំការពារ រោគហើមថ្លើមប្រភេទ B/HEPATITIS B \_\_\_\_\_ កោសិកាឈាមក្រហម (អេម៉ូក្លូប៊ីន)/
- ចាក់ថ្នាំការពាររោគ សាឡាទែន កញ្ជ្រើល ស្លូច (MMR) \_\_\_\_\_ ចំណុះឈាមក្នុងខ្លួន/ HEMOGLOBIN/
- ចាក់ថ្នាំការពារ អុតស្វាយ/ VARICELLA \_\_\_\_\_ HEMATOCRIT \_\_\_\_\_
- ចាក់ថ្នាំការពារ មេរោគធ្វើឲ្យរលាកប្រព័ន្ធសួត/PNEUMOCOCCAL \_\_\_\_\_ សម្ពាធឈាម/ BLOOD PRESSURE \_\_\_\_\_
- ចាក់ថ្នាំការពារ ជម្ងឺគ្រុនបណ្តាលមកពីមេរោគបាក់តេរី (HIB) \_\_\_\_\_

**សូមអរគុណចំពោះការសហការរបស់លោកអ្នក និង ជំនួយដល់ការរក្សាឲ្យកុមារមុនថ្នាក់មត្តេយ្យ របស់លោកអ្នក ឲ្យមានសុខភាពល្អ។/ Thank you  
for your cooperation and help in keeping your Preschool Child healthy.**

**គិលានុបដ្ឋាកនៃកម្មវិធីមុនថ្នាក់មត្តេយ្យរបស់លោកអ្នក/ Your Early Childhood Nurse**