

त्वचाविज्ञान जीवन स्तर सूची

डीएलक्यूआय

रूग्णालय क्र:

तारीख:

गुण:

नाव:

रोग परिक्षण :

पत्ता:

ह्या प्रश्नावलीचा मुख्यउद्देश हा आपल्या त्वचेच्या त्रासामुळे आपल्या जीवनावर मागील आठवड्यात झालेला परिणाम मोजणे. कृपया प्रत्येक प्रश्नासाठी एका चौकोनात बरोबरची खूण करा.

1.	मागच्या आठवड्यात, तुमची त्वचा किती खाज येणारी, सोअर (हळवी), दुखणारी किंवा दंश करणारी होती?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	मागच्या आठवड्यात, तुम्ही त्वचेमुळे किती शरमिंदे किंवा स्वतःची जाणीव ठेवून वागत होतात?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुमच्या खरेदीला जाण्यात किंवा आपल्या घराची किंवा बागेची देखभाल करण्यात किती अडचण आणली?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
4.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुमच्या कोणते कपडे घालावेत ह्या निर्णयावर प्रभाव टाकला?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
5.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेमुळे तुमच्या सामाजीक किंवा फुरसतीच्या कामांवरती किती परीणाम झाला?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
6.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुम्हाला कोणताही खेळ खेळायला किती कठीण केले?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
7.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुम्हाला काम करण्यात किंवा अभ्यासात अडथळा आणला का?	होय नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
	जर "नाही" तर मागच्या आठवड्यात तुमच्या त्वचेने कामात अथवा अभ्यासात किती त्रास दिला?	बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेमुळे तुमच्या साथीदारसोबत किंवा जवळच्या मित्रांसोबत किंवा नातेवाईकांसोबत काही त्रास निर्माण झाला का?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
9.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेमुळे तुम्हाला काही लैंगिक अडचणी आल्या का?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
10.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेच्या उपचारांमुळे तुम्हाला काय त्रास झाला, उदाहरणार्थ आपले घर अस्ताव्यस्त झाले किंवा आपला वेळ घेतला?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>

कृपया आपण प्रत्येक प्रश्नाचे उत्तर दिले आहे ह्याची खात्री करा, धन्यवाद