

**குழந்தைகளின் சருமம் தொடர்பான வாழ்க்கைத் தரத்தின் குறியீடு**

மருத்துவமனை எண்  
பெயர்:

கண்டறியப்பட்ட நோய்:

CDLQI

வயது:  
முகவரி:


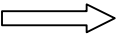
தேதி:

மதிப்பெண்:



**இந்தக் கேள்வித்தாளின் நோக்கம் கடந்த வாரத்தின் போது உங்கள் தோல் பிரச்சனை உங்களை**

**எந்த அளவு பாதித்தது என்பதை அளவிடுவதாகும். ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் தயவுசெய்து ஒரு பெட்டியில் டிக் ✓ செய்யவும்.**

- |     |   |   |                          |
|-----|---|---|--------------------------|
| 1.  | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்களுடைய தோல் எவ்வளவு அரிப்புடன், “கீறல்களுடன்”, புண்ணாக அல்லது வலியுடன் இருந்தது?   | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்கள் தோல் காரணத்தால் நீங்கள் எவ்வளவு தர்மசங்கடமாக அல்லது தன்னுணர்வோடு, வேதனையோடு அல்லது சோகமாக இருந்தீர்கள்?  | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்கள் தோல் உங்கள் நட்புகளை எவ்வளவு பாதித்தது?  | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்கள் தோல் காரணத்தால் நீங்கள் எவ்வளவு மாறினீர்கள் அல்லது வித்தியாசமான அல்லது விசேஷ ஆடைகளை/ காலணிகளை அணிந்தீர்கள்?  | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | கடந்த வாரத்தின் போது, வெளியே செல்வது, விளையாடுவது, அல்லது பொழுதுபோக்குகளில் ஈடுபடுவதை உங்கள் தோல் பிரச்சனை எவ்வளவு பாதித்தது?   | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்கள் தோல் தொந்தரவு காரணத்தால் நீங்கள் நீந்துதல் அல்லது பிற விளையாட்டுகளை எவ்வளவு தவிர்த்தீர்கள்?  | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | சென்ற வாரம், பள்ளிக்கூடம் நடந்ததா?   | பள்ளிக்கூடம் நடந்திருந்திருந்தால்:  | <input type="checkbox"/> |
|     | அல்லது   | கடந்த வாரத்தில், உங்கள் பள்ளிப் படிப்பை உங்கள் தோல் பிரச்சனை எவ்வளவு பாதித்தது? | <input type="checkbox"/> |
|     |   | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | கடந்த வாரத்தில், உங்கள் தோல் காரணமாக மற்றவர்கள் உங்களை இழிவாகக் கூப்பிடுதல், கேலி செய்தல், துன்புறுத்துதல், கேள்விகள் கேட்டல் அல்லது உங்களைத் தவிர்த்தல் போன்றவற்றால் உங்களுக்கு எவ்வளவு சிரமம் இருந்தது? | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்கள் தோல் பிரச்சனையால் உங்களுடைய உறக்கம் எவ்வளவு பாதிக்கப்பட்டது?   | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |
| 10. | கடந்த வாரத்தின் போது, உங்கள் தோலுக்கான சிகிச்சை எவ்வளவு பிரச்சனையாக இருந்தது?   | மிக அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | அதிகம்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | சிறிதளவு மட்டும்  | <input type="checkbox"/> |
|     |   | இல்லவே இல்லை  | <input type="checkbox"/> |

**ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் நீங்கள் பதிலளித்து விட்டீர்களா என்பதை தயவு செய்து சரிபார்த்துக் கொள்ளவும். நன்றி.**