

त्वचा रोग के कारण शिशु के जीवन स्तर का मापदंड

अस्पताल नः

नामः

बीमारीः

उम्रः

कुल अंकः

पताः

दिनांकः

इन प्रश्नों का उद्देश्य यह ग्यात करना है की आपकी त्वचा की समस्या ने आपको **पिछले साप्ताह** में कितना प्रभावित किया | कृपया सभी प्रश्नों के लिए ✓ का निशान लगाया जाय |.

1. पिछले साप्ताह आपने आपनी त्वचा पर कितनी **खुजली, जलन, और दर्द** अनुभव किया?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

2. पिछले साप्ताह आपने आपनी त्वचा के कारण कितना **शर्मिंदा, दुखी, और असहज** अनुभव किया?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

3. पिछले साप्ताह आपकी त्वचा के कारण आपकी **दोस्ती** पर कितना प्रभाव पड़ा?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

4. पिछले साप्ताह आपनी त्वचा के कारण क्या आपको **विशेष** प्रकार के **कपड़े और जूते** का प्रयोग करना पड़ा?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

5. पिछले साप्ताह क्या आपने आपनी त्वचा के कारण **बाहर जाने में, खेलने में, और आपने मनपसंद कार्य** करने में कोई बड़ा अनुभव करी?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

6. पिछले साप्ताह आपकी आपनी त्वचा के कारण **तेरना और अन्य खेलों** में भाग लेने में कोई बड़ा अनुभव हुई?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

7. पिछले साप्ताह

विद्यालय: अगर आप विद्यालय जा रहे थे, तो आपकी त्वचा की समस्या ने आपकी शिक्षा को कितना प्रभावित किया?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

छुट्टियाँ: अगर आप अवकाश पर थे, तो आपकी त्वचा की समस्या ने आपके मनोरंजन में कितनी बढ़ा उत्पादन करी?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

8. पिछले साप्ताह आपकी त्वचा के कारण दूसरे व्यक्तियों ने आपसे प्रशण पूछकर, आपको अनदेखा करके, और आपके लिए अपमानजनक शब्दों का प्रोयग करके आपको कितना शर्मिदा किया?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

9. पिछले साप्ताह आपकी बीमारी के इलाज़ ने आपकी नौद कितनी प्रभावित करी?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

10. पिछले साप्ताह आपकी बीमारी के इलाज़ ने आपको कितना प्रभावित किया?

बहुत ज्यादा	<input type="checkbox"/>	थोडा	<input type="checkbox"/>
ज्यादा	<input type="checkbox"/>	बिल्कुल नहीं	<input type="checkbox"/>

कृपया जाँच ले की आपने सभी प्रशणों का उत्तर दिया है |

धन्येवाद

@ Copyright M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, May 1993. This must not be copied without the permission of the author.