

ಮಕ್ಕಳ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಜೀವನ ಗುಣಮಟ್ಟ ಸೂಚ್ಯಂಕ

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಖ್ಯೆ:
ಹೆಸರು:
ವಯಸ್ಸು:
ವಿಳಾಸ:

ರೋಗಿನಿದಾನ:
ದಿನಾಂಕ:

ಸಿಡಿಎಲ್‌ಕ್ಯೂಬಿ
ಸ್ಟೋರ್:



ಕಳೆದ ವಾರದಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಸಮಸ್ಯೆಯು ನಿಮ್ಮ ಮೇಲೆ ಎಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ ಎಂದು ಅಳಿಯುವುದು ಈ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯ ಉದ್ದೇಶ. ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಒಂದು ಬಾಕ್ಸ್ ಗೆ ✓ ಗುರುತು ಹಾಕಿ

- | | | |
|--|---|--|
| <p>1. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟು ತುರಿಕೆ, "ಕೆರೆತ", ಹುಣ್ಣು ಅಥವಾ ನೋವಿನಿಂದ ಕೂಡಿತ್ತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದಿಂದಾಗಿ ನೀವು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಮುಜುಗರಗೊಂಡಿರಿ ಅಥವಾ ಸ್ವಯಂ ಜಾಗೃತಿ, ಕಳವಳ ಅಥವಾ ದುಃಖಕ್ಕೊಳಗಾದಿರಿ?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮವು ನಿಮ್ಮ ಸ್ನೇಹದ ಮೇಲೆ ಎಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದಿಂದಾಗಿ ನೀವು ಎಷ್ಟು ಬಟ್ಟೆ/ಶೂಗಳನ್ನು ಬದಲಿಸಬೇಕಾಯಿತು ಅಥವಾ ಬೇರೆ /ವಿಶೇಷ ಬಟ್ಟೆ/ಶೂಗಳನ್ನು ಧರಿಸಬೇಕಾಯಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ತೊಂದರೆಯು ಹೊರಗಡೆ ತಿರುಗಾಡುವುದು, ಅಟ ಅಥವಾ ಹವ್ಯಾಸಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ತೊಂದರೆಯಿಂದಾಗಿ ಈಜು ಅಥವಾ ಇತರ ಕ್ರೀಡೆಗಳನ್ನು ನೀವು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಯಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. ಕಳೆದ ವಾರ ಅದು ಶಾಲಾ ಸಮಯವಾಗಿತ್ತೇ?</p> | <p>ಶಾಲಾ ಸಮಯವಾಗಿದ್ದರೆ:
ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಸಮಸ್ಯೆಯು ನಿಮ್ಮ ಶಾಲಾ ಕೆಲಸದ ಮೇಲೆ ಎಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿತು?</p> | <p>ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಲು ಆಗಲಿಲ್ಲ
ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> |
| <p>ಅಥವಾ</p> | <p>ರಜಾ ಅವಧಿಯಾಗಿದ್ದರೆ:
ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಸಮಸ್ಯೆಯು ನಿಮ್ಮ ರಜೆಯ ಆನಂದಕ್ಕೆ ಎಷ್ಟು ಹಸ್ತಕ್ಷೇಪ ಉಂಟು ಮಾಡಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> |
| <p>ಅದು ರಜಾ ಅವಧಿ ಆಗಿತ್ತೇ?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>8. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಕಾರಣದಿಂದಾಗಿ ಇತರ ಜನರು ನಿಮಗೆ ಹೆಸರಿಟ್ಟು ಹೀಯಾಳಿಸಿದಾಗ, ಚುಡಾಯಿಸಿದಾಗ, ದಬ್ಬಾಳಿಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ, ಪ್ರಶ್ನೆಗಳನ್ನು ಕೇಳಿದಾಗ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ನಿಮಗೆ ಎಷ್ಟು ತೊಂದರೆ ಆಯಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>9. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಸಮಸ್ಯೆಯಿಂದಾಗಿ ನಿಮ್ಮ ನಿದ್ರೆಯು ಎಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮಕ್ಕೊಳಗಾಯಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |
| <p>10. ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ತೊಂದರೆ ಉಂಟುಮಾಡಿತು?</p> | <p>ತುಂಬಾ
ಬಹಳಷ್ಟು
ಸ್ವಲ್ಪ ಮಾತ್ರ
ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ</p> | <p><input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/></p> |

ನೀವು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಉತ್ತರಿಸಿರುವಿರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ. ಧನ್ಯವಾದಗಳು.