

சிறார்களின் தோலியல் வாழ்க்கைத் தர கேள்விப்பட்டியல்

மருத்துவமனையின் எண்

பெயர்:

வயது:

முகவரி:

நோய்கண்டறிதல்:

தேதி:


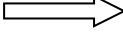
CDLQI

மதிப்பெண்:



கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் பிரச்சினைகள் எந்தளவு உங்களைப் பாதித்தன என மதிப்பிடுவது இந்த வினாப்பட்டியலின் நோக்கம் ஆகும். தயவுசெய்து ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் ஒரு பெட்டியில் குறியிடவும்.

- | | | |
|----|---|---------------------------------------|
| 1. | கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் எந்தளவு அரிப்பு , " கேல்போன்ற ", புண் அல்லது வலி மிகுந்ததாக இருந்தது? | மிக அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | கொஞ்சம் <input type="checkbox"/> |
| | | அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | சிறிதளவு <input type="checkbox"/> |
| | | மட்டுமே <input type="checkbox"/> |
| | | இல்லவே இல்லை <input type="checkbox"/> |
| 2. | கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் காரணமாக எந்தளவு நீங்கள் அவமானமாக , அல்லது சுய உணர்வோடு , வருத்தத்தோடு அல்லது கவலையோடு இருந்தீர்கள்? | மிக அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | கொஞ்சம் <input type="checkbox"/> |
| | | அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | சிறிதளவு <input type="checkbox"/> |
| | | இல்லவே இல்லை <input type="checkbox"/> |
| 3. | கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் எந்தளவு உங்கள் நட்புறவுகளைப் பாதித்தது? | மிக அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | கொஞ்சம் <input type="checkbox"/> |
| | | அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | சிறிதளவு <input type="checkbox"/> |
| | | மட்டுமே <input type="checkbox"/> |
| | | இல்லவே இல்லை <input type="checkbox"/> |
| 4. | கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் காரணமாக எந்தளவு வித்தியாசமான அல்லது சிறப்பு உடைகள்/காலணிகள் ஆகியவற்றை மாற்றினீர்கள் அல்லது அணிந்தீர்கள்? | மிக அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | கொஞ்சம் <input type="checkbox"/> |
| | | அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | சிறிதளவு <input type="checkbox"/> |
| | | மட்டுமே <input type="checkbox"/> |
| | | இல்லவே இல்லை <input type="checkbox"/> |
| 5. | கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் தொந்தரவு நீங்கள் வெளியே செல்லுதல் , விளையாடுதல் அல்லது பொழுதுபோக்குகளில் ஈடுபடுதல் ஆகியவற்றைப் பாதித்தது? | மிக அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | கொஞ்சம் <input type="checkbox"/> |
| | | அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | சிறிதளவு <input type="checkbox"/> |
| | | மட்டுமே <input type="checkbox"/> |
| | | இல்லவே இல்லை <input type="checkbox"/> |
| 6. | கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் தொந்தரவு காரணமாக எந்தளவு நீந்துதல் அல்லது பிற விளையாட்டுகளைத் தவிர்த்தீர்கள்? | மிக அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | கொஞ்சம் <input type="checkbox"/> |
| | | அதிகமாக <input type="checkbox"/> |
| | | சிறிதளவு <input type="checkbox"/> |
| | | மட்டுமே <input type="checkbox"/> |
| | | இல்லவே இல்லை <input type="checkbox"/> |

7. கடந்த 7 நாட்களில்,  பள்ளி நேரம் என்றால்: கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் பிரச்சினை எந்தளவு உங்கள் பள்ளி வேலைகளைப் பாதித்தது? பள்ளிக்குச் செல்வதை தடுத்தது மிக அதிகமாக கொஞ்சம் அதிகமாக சிறிதளவு மட்டுமே இல்லவே இல்லை ☐
☐
☐
☐
☐
- அது பள்ளி நேரமா? அல்லது
- அது விடுமுறைக் காலமா?  விடுமுறைக் காலமெனில்: கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் பிரச்சினை எந்தளவு உங்கள் விடுமுறைநாள் மகிழ்ச்சியில் குறுக்கிட்டது? மிக அதிகமாக கொஞ்சம் அதிகமாக சிறிதளவு மட்டுமே இல்லவே இல்லை ☐
☐
☐
☐
☐
8. கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் நிலை காரணமாக பிறர் உங்களை பட்டப் பெயரால் அழைத்தல், கேலி, வதை, கேள்விகள் கேட்டல் அல்லது உங்களைத் தவிர்த்தல் ஆகியவற்றால் எந்தளவு தொந்தரவு அடைந்தீர்கள்? மிக அதிகமாக கொஞ்சம் அதிகமாக சிறிதளவு மட்டுமே இல்லவே இல்லை ☐
☐
☐
☐
☐
9. கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் நிலையால் உங்கள் உறக்கம் எந்தளவு பாதிக்கப்பட்டது? மிக அதிகமாக கொஞ்சம் அதிகமாக சிறிதளவு மட்டுமே இல்லவே இல்லை ☐
☐
☐
☐
☐
10. கடந்த 7 நாட்களில் உங்கள் தோல் நிலைமைக்கான சிகிச்சை எந்தளவு பிரச்சினையாக இருந்தது? மிக அதிகமாக கொஞ்சம் அதிகமாக சிறிதளவு மட்டுமே இல்லவே இல்லை ☐
☐
☐
☐
☐

தயவுசெய்து ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் பதிலளித்து விட்டீர்களா என்பதைச் சோதிக்கவும். நன்றி.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, May 1993, இதை உருவாக்கியோரின் அனுமதியின்றி நகலெடுக்கக் கூடாது.