

त्वचारोग जीवन गुणवत्ता सूची

डीएलक्यूआई

अस्पताल क्रमांक :

दिनांक :

स्कोर :

नाम :

रोग निदान :

पता :

इस प्रश्नोत्तरी का उद्देश्य यह नापना है कि आपकी त्वचा की परेशानी ने गत सप्ताह में आपके जीवन पर कितना प्रभाव डाला है। कृपया हर प्रश्न के लिए एक बाक्स में टिक करें।

१.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा में कितनी खुजली, पीड़ा, दर्द या चुभन लग रहा था?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
२.	गत सप्ताह, अपनी त्वचा के कारण आप कितने शर्मसार या स्व चैतन्य हुए?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
३.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा ने आपकी खरीदारी, घर या गार्डन की देखभाल के काम पर कितना प्रभाव डाला?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
४.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा ने आपके कपड़े पहनने पर कितना प्रभाव डाला?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
५.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा ने आपके सामाजिक जीवन या फुर्सत के समय की गतिविधियों पर कितना प्रभाव डाला?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
६.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा ने आपके खेलकूद के लिए कितनी मुश्किलें खड़ी कीं?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
७.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा ने आपके काम या पढ़ाई में कोई रुकावट डाली?	हां नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
	इसका उत्तर अगर नहीं है, तो गत सप्ताह आपकी त्वचा ने आपके काम या पढ़ाई में कितनी परेशानी खड़ी की ?	बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
८.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा ने आपके पार्टनर या किसी भी करीबी मित्र या रिश्तेदार के लिए कितनी परेशानी खड़ी की	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
९.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा के कारण कितनी सेक्सुअल मुश्किलें आईं?	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>
१०.	गत सप्ताह, आपकी त्वचा के उपचार ने आपके लिए कितनी मुश्किलें बढ़ाईं, उदाहरण के लिए घर को अस्त-व्यस्त बनाना, या समय का नुकसान करना.	बहुत ज्यादा बहुत थोड़ा बिलकुल नहीं	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	लागू नहीं <input type="checkbox"/>

कृपया देख लें कि आपने हर प्रश्न का उत्तर दे दिया है. धन्यवाद.