

ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸಂಖ್ಯೆ:

ದಿನಾಂಕ:

ಸ್ಟ್ಯೂಡೆಂಟ್:

ಹೆಸರು:

ಡಯಗ್ನೋಸಿಸ್:

ವಿಳಾಸ:

ಈ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿಯ ಉದ್ದೇಶ ಕಳೆದ ಒಂದು ವಾರದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಜೀವನದ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಸಮಸ್ಯೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿದೆ ಎಂದು ಅಳತೆ ಮಾಡುವುದು. ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗೂ ಒಂದು ಬಾಕ್ಸ್‌ಅನ್ನು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ.

1.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ನವೆ, ಹುಣ್ಣು, ನೋವು ಅಥವಾ ಕಡಿತ ಉಂಟಾಗಿದೆ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಕಾರಣ ನೀವು ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪೇಚಿಗೆ ಅಥವಾ ಸ್ವಪ್ನಚೈತನ್ಯ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಿ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನೀವು ಅಂಗಡಿಗೆ ಹೋಗುವುದು ಅಥವಾ ಮನೆ ಇಲ್ಲವೆ ಉದ್ಯಾನವನ್ನು ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದರಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿದೆ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
4.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನೀವು ಧರಿಸುವ ಬಟ್ಟೆಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರಭಾವಬೀರಿದೆ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
5.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ಸಾಮಾಜಿಕ ಅಥವಾ ಬಿಡುವಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪ್ರಭಾವಬೀರಿದೆ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
6.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ಯಾವುದೇ ಆಟ ಆಡುವುದರಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ತೊಂದರೆ ಕೊಟ್ಟಿದೆ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
7.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನೀವು ಕೆಲಸ ಅಥವಾ ಅಧ್ಯಯನ ಮಾಡದಂತೆ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ನಿಮ್ಮನ್ನು ತಡೆದಿದೆಯೇ?	ಹೌದು ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
	"ಇಲ್ಲ" ಎಂದರೆ, ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ಕೆಲಸ ಅಥವಾ ಅಧ್ಯಯನದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿತ್ತು?	ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಸಂಗಾತಿ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಹತ್ತಿರದ ಸ್ನೇಹಿತರು ಅಥವಾ ನೆಂಟರ ಜತೆ ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆ ತಂದಿತು?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
9.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಲೈಂಗಿಕ ತೊಂದರೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>
10.	ಕಳೆದ ವಾರದಲ್ಲಿ, ನಿಮ್ಮ ಚರ್ಮದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿತ್ತು, ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮನೆಯನ್ನು ಅವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡುವುದು, ಅಥವಾ ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು?	ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚು ಬಹಳ ಸ್ವಲ್ಪ ಇಲ್ಲವೇ ಇಲ್ಲ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ಪ್ರಕೃತವಲ್ಲ <input type="checkbox"/>

ದಯವಿಟ್ಟು ನೀವು ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಪ್ರಶ್ನೆಗೂ ಉತ್ತರಿಸಿದ್ದೀರೆ ಎಂದು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಿ. ಧನ್ಯವಾದಗಳು.