

## त्वचाविज्ञान जीवन स्तर सूची

डीएलक्यूआय

रूग्णालय क्र:

तारीख:

गुण:

नाव:

रोग परिक्षण :

पत्ता:

ह्या प्रश्नावलीचा मुख्यउद्देश हा आपल्या त्वचेच्या त्रासामुळे आपल्या जीवनावर मागील आठवड्यात झालेला परिणाम मोजणे. कृपया प्रत्येक प्रश्नासाठी एका चौकोनात बरोबरची खूण करा.

1.	मागच्या आठवड्यात, तुमची त्वचा किती <b>खाज येणारी,सोबर(हळवी), दुखणारी</b> किंवा <b>दंश करणारी</b> होती?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	मागच्या आठवड्यात, तुम्ही त्वचेमुळे किती <b>शरमिंदे</b> किंवा <b>स्वतःची जाणीव</b> ठेवून वागत होतात?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुमच्या <b>खरेदीला जाण्यात</b> किंवा,आपल्या <b>घराची</b> किंवा <b>बागेची</b> देखभाल करण्यात किती अडचण आणली?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
4.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुमच्या कोणते <b>कपडे</b> घालावेत ह्या निर्णयावर प्रभाव टाकला?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
5.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेमुळे तुमच्या <b>सामाजिक</b> किंवा फुरसतीच्या कामांवरती किती परीणाम झाला?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
6.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुम्हाला कोणताही <b>बेळ बेळायला</b> किती कठीण केले?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
7.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेने तुम्हाला <b>काम करण्यात</b> किंवा <b>अभ्यासात</b> अडथळा आणला का?	होय नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
	जर "नाही" तर मागच्या आठवड्यात तुमच्या त्वचेने <b>कामात</b> अथवा <b>अभ्यासात</b> किती त्रास दिला?	बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेमुळे तुमच्या <b>साथीदारसोबत</b> किंवा <b>जवळच्या मित्रांसोबत</b> किंवा <b>नातेवाईकांसोबत</b> काही त्रास निर्माण झाला का?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
9.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेमुळे तुम्हाला काही <b>लैंगिक अडचणी</b> आल्या का?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>
10.	मागच्या आठवड्यात, तुमच्या त्वचेच्या <b>उपचारांमुळे</b> तुम्हाला काय त्रास झाला, उदाहरणार्थ आपले घर अस्ताव्यस्त झाले किंवा आपला वेळ घेतला?	खूपच बराच थोडासा काहीही नाही	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	संबंध नाही <input type="checkbox"/>

कृपया आपण प्रत्येक प्रश्नाचे उत्तर दिले आहे ह्याची खात्री करा, धन्यवाद