

ఆస్పత్రి నం.

తేదీ:

స్కారు:

పేరు:

రోగనిర్ధారణ:

చిరునామా:

గత వారం రోజుల్లో మీ చర్మ సమస్య మీ జీవనాన్ని ఏ విధంగా ప్రభావితం చేసిందో కొలవడం ఈ ప్రశ్నావళి ఉద్దేశం. దయచేసి ప్రతి ప్రశ్నకూ బాక్సులో టిక్ గుర్తుపెట్టండి.

1.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మం ఎంత దురదగా, వుండుగా, బాధాకరంగా లేదా పోటుగా ఉంది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మం కారణంగా మీరు ఎంతగా ఇరకాటంలోపడ్డారు లేదా స్వయంగా తెలుసుకొని ఉన్నారు?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	గత వారం రోజుల్లో, మీరు షాపింగ్ కి వెళ్ళడంలో లేదా మీ ఇంటిని లేదా మైదానాన్ని చూసుకోవడంలో మీ చర్మం ఎంతగా జోక్యంచేసుకుంది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
4.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మం మీరు ధరించే దుస్తులను ఎంతగా ప్రభావితం చేసింది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
5.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మం ఏదైనా సామాజిక లేదా తీరిక కార్యకలాపాలను ఎంత మేరకు ప్రభావితం చేసింది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
6.	గత వారం రోజుల్లో, ఏదైనా ఆట ఆడటాన్ని మీ చర్మం ఎంతగా ప్రభావితం చేసింది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
7.	గత వారం రోజుల్లో, మీరు పనిచేయకుండా లేదా చదవకుండా మీ చర్మం నిరోధించింది?	అవును లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
	“లేదు” అయితే, గత వారం రోజుల్లో పనిచేయడంలో లేదా చదవడంలో మీ చర్మం ఎంత సమస్యగా ఉంది?	చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మం మీ భాగస్వామితో లేదా మీ సన్నిహిత మిత్రులతో లేదా బంధువులతో ఎంతగా సమస్యలు కలిగించింది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
9.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మం ఎంతగా లైంగిక ఇబ్బందులు కలిగించింది?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>
10.	గత వారం రోజుల్లో, మీ చర్మానికి చికిత్స చేయడం ఎంతగా సమస్య కలిగించింది, ఉదాహరణకు, మీ ఇంటిని గందరగోళంగా చేయడం ద్వారా, లేదా సమయం తీసుకోవడం ద్వారా?	చాలా ఎక్కువగా చాలా కొద్దిగా ఏమాత్రం లేదు	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	సంబంధం లేదు <input type="checkbox"/>

ప్రతి ప్రశ్నకూ సమాధానం ఇచ్చారా లేదా అనే విషయాన్ని చెప్పవచ్చు. ధన్యవాదములు.