

# சருமப் பிரச்சினை உடையவர்களின் வாழ்க்கைத் தரக் குறியீடு (DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX)

DLQI

மருத்துவமனை எண்:

தேதி:

மதிப்பெண்:

பெயர்:

கண்டறியப்பட்ட நோய்:

முகவரி:

கடந்த வாரத்தில் உங்கள் சருமப்பிரச்சனை உங்கள் வாழ்க்கையை எந்தளவு பாதித்துள்ளது என்பதை அளவிடுவதே இந்தக் கேள்வித்தாளின் நோக்கமாகும். தயவு செய்து ஒவ்வொரு கேள்விக்கும் ஒரு பெட்டியைத் தேர்வு செய்யவும்.

1.	கடந்த வாரத்தில், உங்கள் சருமம் அரிப்பு, புண், வலி அல்லது கொட்டும் உணர்வு போன்றவற்றால் எவ்வளவு பாதிக்கப்பட்டிருந்தது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	கடந்த வாரத்தில், உங்கள் சரும நிலை காரணமாக நீங்கள் எவ்வளவு சங்கடமாக உணர்ந்தீர்கள் அல்லது மற்றவர்கள் என்ன நினைக்கிறார்கள் என்ற கவலையுடன் இருந்தீர்கள்?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	கடந்த வாரத்தில், ஷாப்பிங் அல்லது உங்கள் வீடு அல்லது தோட்டம் இவற்றைக் கவனித்துக்கொள்வதில் உங்கள் சரும நிலை எவ்வளவு இடையூறாக இருந்தது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
4.	கடந்த வாரத்தில் உங்கள் ஆடைகளை தேர்ந்தெடுப்பதில் உங்கள் சரும நிலை எந்தளவு தாக்கத்தை ஏற்படுத்தியது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
5.	கடந்த வாரத்தில், உங்கள் சரும நிலை சமூக அல்லது பொழுதுபோக்கு செயல்பாடுகளை எந்தளவு பாதித்துள்ளது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
6.	கடந்த வாரத்தில் உங்கள் சரும நிலை விளையாட்டு நடவடிக்கைகளை எவ்வளவு பாதித்துள்ளது/ கடினமாக்கியுள்ளது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
7.	கடந்த வாரத்தில், சரும நிலை உங்கள் வேலை செய்தல் அல்லது படித்தல் போன்ற செயல்பாடுகளைத் தடுத்ததா?	ஆம் இல்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
	"இல்லை" எனில், கடந்த வாரத்தில் உங்கள் சரும நிலை வேலையில் அல்லது படித்தல் போன்ற செயல்பாடுகளில் எந்த அளவிற்கு பிரச்சினை யாக இருந்தது?	பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	கடந்த வாரத்தில், உங்கள் துணைவர் அல்லது உங்களின் நெருங்கிய நண்பர்கள் அல்லது உறவினர்கள் ஆகியோருடன் உங்கள் சரும நிலை எந்தளவு பிரச்சனைகளை உருவாக்கியுள்ளது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
9.	கடந்த வாரத்தில், உங்கள் சரும நிலை எந்தளவுக்கு பாலியல் சார்ந்த சிரமங்களை ஏற்படுத்தியது?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>
10.	கடந்த வாரத்தில், சருமத்திற்கான சிகிச்சையானது உங்களுக்கு எவ்வளவு சிக்கலை ஏற்படுத்தியுள்ளது, உதாரணமாக வீட்டை பாழாக்கியது அல்லது நீண்டநேரம் செலவிட வேண்டிய நிலை?	மிகவும் அதிகமாக பெருமளவு சிறிதளவு இல்லவேயில்லை	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	சம்பந்தமில்லாதது <input type="checkbox"/>

தயவுசெய்து அனைத்துக் கேள்விகளுக்கும் பதிலளித்திருப்பதை சரிபார்க்கவும். நன்றி.