

H. شغل/ بازنشستگی	
HO2. وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟	
۱. کار تمام وقت	۵. بیکار
۲. کار نیمه وقت	۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار
۳. کار شخصی یا کار برای خانواده	۷. سایر
۴. بازنشسته	
HO3. اگر در حال حاضر مشغول به کاری هستید که بابت آن حقوق/ دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟	
HO7. اگر شما بازنشسته شده اید، در چه تاریخی بازنشسته شده اید؟ *افرادی که قبلاً بازنشسته شده اند باید مشخص باشند این دو سوال پرسیده نمی شود	
HO8. دلیل اصلی بازنشستگی شما چیست؟	
۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی	۴. مسئولیت های خانوادگی
۲. وضعیت سلامتی	۵. اجباری
۳. اخراج به علت عدم نیاز	۶. سایر

۱. درآمد		
۱۱۱. منبع اصلی درآمد شما چیست؟		
<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۶	۶. پشتیبانی از طرف پدر و مادر
<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۷	۷. پشتیبانی از طرف بستگان
<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۸	۸. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه)
<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۹	۹. همسر
<input type="checkbox"/> ۵	<input type="checkbox"/> ۱۰	۱۰. سایر
<input type="checkbox"/>		۱۱۲. از موارد ذکر شده در بالا، کدامیک منبع اصلی درآمد شماست؟
۱۱۳. در مورد وضعیت مادی خود در حال حاضر فکر کنید چگونه آن را توصیف می کنید؟ ۱. به سختی گذران زندگی می کنم ۲. کفایت نیازهای اولیه را می کند ۳. مشکلی ندارم		
۱۱۳. مجموع درآمد خانوادگی شما در کدام دسته قرار می گیرد؟ کمتر از ۱ میلیون تومان ۱ تا دو میلیون تومان ۲ تا سه میلیون تومان ۳ تا ۵ میلیون تومان بالاتر از ۵ میلیون تومان		
۱۱۴. مجموع درآمد ماهیانه شما برای چند روز ماه کفایت گذران زندگی تان را می کند؟ *بازنشسته ها معلوم باشند		
<input type="checkbox"/> ۳. زیاد	<input type="checkbox"/> ۲. کمی	<input type="checkbox"/> ۱. هرگز
۱۱۵. در طی ۱۲ ماه گذشته شما کدام یک از موارد زیر را انجام داده اید؟		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱. برای صرفه جویی میوه و سبزی تازه خریدیم یا بندرت خرید کردیم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲. برای صرفه جویی گوشت/ مرغ خریدیم یا بندرت خرید کردیم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳. لباسهای قدیمی را پوشیدیم و توانایی خرید لباس جدید نداشتیم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴. تا زمانی که ممکن بود از خرید لباس جدید امتناع کردیم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵. رفتن به دکتر را به تعویق انداختیم یا نرفتم تا هزینه ها را کاهش دهم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶. داروهایم را نخردیم / آزمایشاتم را انجام ندادم تا هزینه ها را کاهش دهم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷. زمان کمتری را به تفریح گذراندم تا هزینه ها را کاهش دهم		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸. برای کاهش هزینه ها، تعداد خریدها یا رفتن به مکانهای محلی مانند مراسم ها، مسجد و.. را		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
که نیاز به هزینه رفت و آمد داشت کم کردم		

Nut. تغذیه	
	NUT1. آیا طی ۶ ماه گذشته وزن شما تغییر کرده است؟ ۱. خیر ۲. افزایش وزن داشته ام ۳. کاهش وزن داشته ام ۴. نمی دانم
*توضیح: در صورت انتخاب گزینه ۳ به سوال 3 و در صورت انتخاب گزینه ۴ به سوال 4 پاسخ دهید	
	NUT2. چه مقدار افزایش وزن داشته اید؟ ۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم
	NUT3. چه مقدار کاهش وزن داشته اید؟ ۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم
	NUT4. اشتهای شما چگونه است؟ ۱. خیلی خوب ۲. خوب ۳. معمولی ۴. بد
	NUT5. آیا به هنگام بلعیدن غذا مشکلاتی از قبیل سرفه، احساس خفگی یا بلع دردناک دارید؟ ۱. هرگز ۲. به ندرت ۳. گاهی اوقات ۴. اغلب
	NUT6. روزانه چند وعده غذا می خورید؟ ۱. کمتر از سه وعده ۲. سه وعده (صبحانه، نهار، شام) ۳. چهار وعده (صبحانه، نهار، شام، میان وعده) ۴. پنج الی شش وعده (صبحانه، نهار، شام، ۲-۳ میان وعده) ۵. بیش از ۶ وعده
	NUT7. آیا در طول روز حداقل یک وعده غذایی را همراه با سایر افراد خانواده می خورید؟ ۱. هرگز و به ندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اغلب ۴. همیشه
میوه روزی لیوان	NUT8. چند وعده در روز میوه یا آب میوه مصرف می کنید؟/ (۱ واحد میوه معادل ۱ قطعه یا ۲ قطعه متوسط / لیوان خرد شده یا کنسرو شده) تعداد وعده های میوه در روز تعداد وعده های میوه در هفته تکرار آب میوه مصرفی در روز تکرار آب میوه مصرفی در هفته
سبزیجات خام هفته ای لیوان- سبزیجات پخته هفته ای لیوان	NUT9. چند وعده در روز شما سبزیجات مصرف می کنید؟ (۱ وعده سبزی معادل نصف لیوان سبزی پخته، ۱ لیوان سالاد. سیب زمینی را هم در نظر بگیرید و مصرف کمتر از ۱ بار در روز معادل صفر می شود) تکرار مصرف سبزیجات خام در روز تکرار مصرف سبزیجات خام در هفته تکرار مصرف سبزیجات پخته در روز تکرار مصرف سبزیجات پخته در هفته

دخانیات

	Smoke2- آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟ ۱. بلی روزانه ۲. بلی گاهی اوقات ۳. خیر
بار <input type="text"/>	Smoke2.2. بطور متوسط چند نخ در شبانه روز سیگار می کشید؟
ماه <input type="text"/>	Smoke2.2. اگر دیگر سیگار نمی کشید چه مدتی است سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده اید؟

مواد مخدر

	Adic1- آیا از مواد مخدر استفاده می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
--	--

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید(نحوه مصرف: ۱- خوراکی ۲- استنشاقی ۳- تزریقی)

توضیحات اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود Adic1.5	روز در هفته Adic1.4	مصرف روزانه Adic1.3	مدت زمان مصرف (به سال) Adic1.2	نحوه مصرف Adic1.1	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- تریاک
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- هرویین
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- شیشه
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- کوکابین
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- کراک
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- سایر.....

K. فعالیت فیزیکی	
	<p>K1. در طی ۷ روز گذشته ، چه مدت فعالیت های نشسته نظیر خواندن و مطالعه کردن، تماشا کردن تلویزیون، کامپیوتر یا انجام دادن کارهای دستی بوده اید؟</p> <p>۱. هرگز ۰ به سوال بعدی مراجعه شود</p> <p>۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)</p> <p>۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)</p> <p>۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
<input type="checkbox"/>	K1a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
	<p>K1b- بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته بوده اید؟</p> <p>۱. کمتر از ۱ ساعت در روز</p> <p>۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز</p> <p>۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
	<p>K2. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت خارج از خانه یا در حیاط پیاده روی داشتید(برای مثال جهت آفتاب گرفتن ، ورزش، پیاده روی تا محل کار)؟</p> <p>۱. هرگز</p> <p>۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)</p> <p>۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)</p> <p>۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
	<p>K2a. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟</p> <p>۱. کمتر از ۱ ساعت در روز</p> <p>۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز</p> <p>۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
	<p>K3. در طی ۷ روز گذشته ، چند بار مشغول فعالیت های ورزشی سبک یا فعالیت های تفریحی نظیر راه رفتن بر سطح هموار، تمیز کردن منزل ، مراقبت از کودک ، نجاری ، کار های رستوران، ماهیگیری از یک قایق یا فعالیت های مشابه بوده اید؟</p> <p>۱. هرگز</p> <p>۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)</p> <p>۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)</p> <p>۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
	K3a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
	<p>K3b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های سبک بوده اید؟</p> <p>۱. کمتر از ۱ ساعت در روز</p> <p>۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز</p> <p>۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
	<p>K4. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی متوسط و تفریحی (تنیس دو نفره، راه رفتن سریع ، باغبانی، حمل بار ، دوچرخه سواری ، یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟</p> <p>۱. هرگز</p> <p>۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)</p> <p>۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)</p> <p>۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
	K4a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
	<p>K4b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های متوسط بوده اید؟</p> <p>۱. کمتر از ۱ ساعت در روز</p> <p>۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p>

		۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
		K5. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی شدید و سخت نظیر (شنا کردن، راه رفتن با بار در سربالایی، انداختن درخت، حفر کردن، کوهنوردی، فوتبال، بسکتبال یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
		K5a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
		K5b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های شدید بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
		K6. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت فعالیت های ورزشی جهت تقویت قدرت عضلانی نظیر بالا بردن وزنه ها انجام داده اید؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
		K6a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....
		K6b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟ ۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
خیر	بلی	در طی ۷ روز گذشته کدامیک از فعالیتهای زیر را انجام داده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K7. کارهای سبک منزل مثل گردگیری یا شستن ظرف ها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K8. کارهای سنگین منزل مثل سابیدن کف منزل، شستن پنجره ها یا حمل چوب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K9. تعمیرات منزل مثل نقاشی کردن، کارهای برقی و غیره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K10. مراقبت حیاط منزل مثل جمع کردن برگ ها، خرد کردن چوب و غیره
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K11. باغبانی در حیاط منزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K12. مراقبت از یک شخص دیگر مانند یک بچه، همسر وابسته یا یک شخص بزرگسال دیگر
		K13. در طول هفته ی گذشته، آیا شما کار با دریافت حقوق و یا کارهای داوطلبانه انجام داده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر
		K13a. چند ساعت در هفته شما با دریافت حقوق و یا داوطلبانه کار کرده اید؟..... ساعت
		K13b. کدامیک از تقسیم بندی های زیر نشان دهنده ی مقدار فعالیت جسمی که شما در محل کار انجام می دهید، می باشد؟ ۱. اکثرا در وضعیت نشسته همراه با حرکات کم بازو (مثال: کارمند، ساعت ساز، کسی که چیزی را ردیف می کند تا به محل بسته بندی برسد، راننده ی اتوبوس و) ۲. نشستن یا ایستادن همراه با کمی راه رفتن (مثال: صندوق دار، کارمند عمومی،). ۳. راه رفتن، بحمل کردن کردن موادی که به طور متوسط کمتر از ۲۵ کیلوگرم وزن دارند (مثال: نامه رسان، پیشخدمت زن یا مرد، کارگر ساختمان ساز، کارگر حمل کننده ی وسایل سنگین) ۴. راه رفتن و کار سنگین با دست که اغلب با جابجایی مواد بیش از ۲۵ کیلوگرم می باشد (مثال: چوب بر، بنا، کشاورز، کارگر عمومی)

L. فعالیتهای ابزاری زندگی لاوتون (Lawton IADL)				
فعالیت	بدون کمک	با کمی کمک	قادر به انجام نیست	
L1. استفاده از تلفن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L2. طی مسافتهای نسبتاً طولانی با وسایط نقلیه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L3. خرید مواد غذایی و پوشاک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L4. آماده کردن غذای خود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L5. انجام کارهای منزل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L6. شستن لباسهای شخصی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L7. انجام تعمیرات جزئی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L8. مصرف داروها بطور صحیح و بموقع (در صورتیکه داروی خاصی مصرف می کند) <input type="checkbox"/> دارو مصرف نمی کند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L9. کنترل دخل و خرج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M. فعالیتهای روزمره زندگی کاتز (Katz Index)				
فعالیت	بدون کمک - مستقل	با وسایل کمکی- مستقل	با کمی کمک دیگران	کاملاً وابسته
M1. غذا خوردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2. پوشیدن و درآوردن لباس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3. راه رفتن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M4. آراستگی (انجام کارهای مربوط به وضعیت ظاهر)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M5. حمام کردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M6. رفتن یا بیرون آمدن از تخت یا رختخواب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M7. دستشویی رفتن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) S. خواب

۱. معمولاً شب‌ها چه ساعتی رختخواب می‌روید؟
۲. از زمانی که به رختخواب می‌روید، چند دقیقه طول می‌کشد تا خوابتان ببرد؟
۳. معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بیدار می‌شوید؟
۴. میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت است؟

کد	سه بار یا بیشتر در هفته	یک تا دو بار در هفته	کمتر از یکبار در هفته	هیچ	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته‌اید؟
					در عرض ۳۰ دقیقه نمی‌توانستید بخواب بروید.
					نیمه‌های شب یا صبح زود از خواب بیدار می‌شدید.
					مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.
					نمی‌توانستید به راحتی نفس بکشید.
					سرفه می‌کردید یا با صدای بلند خروپف می‌کردید.
					احساس می‌کردید خیلی سردتان است.
					احساس می‌کردید خیلی گرم‌تان است.
					کابوس می‌دیدید.
					درد داشتید.
					اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد ذکر شده مشکل داشته‌اید. دلایل شما
					در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب‌آور یا آرام‌بخش مصرف کرده‌اید؟
					در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن برای رانندگی کردن یا خوردن غذا یا کار کردن مشکل داشتید؟
□					در طول ماه گذشته چندبار برای حفظ تمایل خود به انجام کارها مشکل داشته‌اید؟
	خیلی بد	نسبتاً بد	نسبتاً خوب	خیلی خوب	در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟

				SF1- به طور کلی سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید		
				۱. عالی	۲. بسیار خوب	۳. خوب
				۴. متوسط	۵. بد	

CES-D . افسردگی	
1. اصلا	CES-D.1 طی هفته گذشته با چیزهایی که معمولاً محل آسایش من نیستند، دچار پریشانی شده بودم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.2 طی هفته گذشته در متمرکز کردن افکارم بر روی کاری که انجام می‌دادم دچار مشکل بودم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.3 طی هفته گذشته احساس افسردگی می‌کردم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.4 طی هفته گذشته احساس می‌کردم هر کاری که انجام می‌دادم تلاشی بی‌فایده بود. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.5 طی هفته گذشته به آینده امیدوار نبودم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.6 طی هفته گذشته احساس ترس می‌کردم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.7 طی هفته گذشته خوابم بی‌قرار و ناآرام بود. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.8 طی هفته گذشته خوشحال و شادمان نبودم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.9 طی هفته گذشته احساس تنهایی می‌کردم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه
1. اصلا	CES-D.10 طی هفته گذشته توانایی پیگیری کارهایم را نداشتم. 2. گاهی اوقات 3. معمولاً 4. تقریباً همیشه

سوالات تاریخچه باروری (مختص زنان)	
	R2- سن یائسگی: (به سال) (اگر نمی‌دانند، عدد ۸۸ را وارد نمایند. اگر هنوز یائسه نشده نشده عدد ۸۹ وارد شود)
	R3- آیا منوپوز (یائسگی) بطور طبیعی بوده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
	R18- سابقه هیستریکتومی: <input type="checkbox"/> ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد
	R19- سن به سال در زمان هیستریکتومی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

شکستگی استخوان/ استنوپروز/سقوط (زمین خوردن)				
Frac1- آیا در دوسال گذشته (بعد از ورود به مطالعه) تا بحال شکستگی استخوان داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
اگر بلی در کدام ناحیه این شکستگی روی داده است؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل
Frac 1.1 -لگن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.2 -بازو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.3 -ساعد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.4 -پا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.5 -مچ دست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.6 -ستون فقرات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.7 -دنده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frac 1.8 -سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱. ۲. ۳.				
Frac2 - علت شکستگی چه بوده است؟ ۱. افتادن ۲. تصادف ۳. سایر				
استنوپروز				
Osteo1 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Osteo2 - در چه سنی برای اولین بار به شما گفته شد که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان دارید؟				
Osteo3 -ملاک تشخیص ان چه بوده است؟ ۱. رادیوگرافی ۲. دانسیتومتری ۳. سایر.....				
سقوط (زمین خوردن)				
Fall1 -آیا در طی ۱۲ ماه گذشته زمین خورده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Fall2 -در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار زمین خورده اید؟ بار				
Fall3 - ایا حداقل یکی از این زمین خوردن ها بدون دلیل خاصی بوده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Fall4 -آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بخاطر زمین خوردن به مراکز درمانی / پزشک مراجعه نموده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Fall7 - ایا بدنبال زمین خوردگی در بیمارستان بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی تاریخ ان؟.....				
Fall8 - ایا تا بحال غش/ ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Fall9 - در طی ۱۲ ماه گذشته چندبار غش/ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟ بار				
Fall10 - ایا از اینکه زمین بخورید می ترسید؟ ۱. تا حدودی ۲. خیلی زیاد ۳. خیر				
Fall11 - ایا بخاطر ترس از زمین خوردن فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟ (۱. بلی ۲. خیر)				

سیستم قلبی-عروقی-قلب (پرسشنامه "WHO Rose")	
Heart 9-	ایا پزشک تابحال به شما گفته است که حمله قلبی یا سکته قلبی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 10-	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار حمله یا سکته قلبی شده اید؟
Heart 11-	ایا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 12-	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 13-	ایا پزشک به شما گفته است که آنژین صدری (درد قفسه سینه بخاطر بیماری قلبی) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 14-	در چه تاریخی به شما گفته شد دچار آنژین صدری هستید؟
Heart 15-	ایا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جاوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 16-	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 17-	ایا در دو سال اخیر جراحی بایپس کرونر، آنژیو پلاستی(استنت/یا بالون) برای بیماری قلبی تان داشته اید؟ ۱. بای پس عروق کرونر ۲. آنژیوپلاستی (استنت/بالون آنژیوپلاستی)
Heart 18-	ایا در دو سال اخیر آنژیوگرافی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 19-	ایا در دو سال اخیر پزشک به شما گفته است گرفتگی شریانی (رگهای قلبتان) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 20-	ایا در دو سال اخیر تورم/ ادم در هر دو مچ پا داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 21-	ایا در دو سال اخیر پزشک به شما گفته است نارسایی قلبی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 22-	در چه تاریخی به شما گفته شد دچار نارسایی قلبی هستید؟
Heart 23-	ایا بخاطر این مشکل قلبی (نارسایی قلبی) از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 24-	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان (نارسایی قلبی) در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
Heart 25-	ایا در دو سال اخیر پزشک به شما گفته است ریتم قلبی غیر نرمال دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
پرفشاری خون (هایپرتانسیون)	
BP1-	ایا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است فشارخون بالا یا پرفشاری خون دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
BP2-	در چه تاریخی پزشک به شما گفت که پرفشاری خون دارید؟
BP3-	آیا در حال حاضر برای فشارخون بالا دارو مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
BP4-	آیا می توانید نام داروهای مصرفی خود را بگویید یا آنها را بمن نشان بدهید؟ (اگر نمی داند کد ۹ درج شود) -۱ -۲ -۳
BP5-	آیا در حال حاضر با رژیم غذایی، یا ورزش و یا هر درمان غیر دارویی دیگر برای فشارخون بالا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

سیستم تنفسی				
Res1 - آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را بپیرید) دارید؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل
Res 1.1 - آسم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Res 1.2 - برونشیت مزمن	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Res 1.3 - بیماری های انسدادی ریه	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Res 1.4 - آمفیژم	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر بیماریهای تنفسی				
Res 2 - آیا در طی دو سال قبل تا بحال بیماری دیگر تنفسی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید				
Res 3 - آیا در طی دو سال قبل جراحی قفسه سینه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید				
Res 4 - آیا در حال حاضر برای مشکل ریوی (تنفسی) اکسیژن دریافت می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Res 5 - آیا بخاطر این مشکل تنفسی هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده است؟ (۱. بلی 2. خیر)				
Pain 15 - آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که استئو آرتروز/آرتروز دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Pain 16 - آیا پزشک به شما گفته است که آرتروز/ روماتیسم مفصلی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
Pain 17 - در چه تاریخی به شما گفته شد که آرتروز/ روماتیسم مفصلی دارید؟				
Pain 18 - آیا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				

ارزیابی نورولوژیکی				
محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سن تشخیص	۱. بلی ۲. خیر	Neuro1 - آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را ببرید) دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.1 - سکته مغزی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.2 - مینی استروک (TIA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.3 - صرع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.4 - مولتیپل اسکلروزیس یا بیماری ام.اس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.5 - سردرد میگرنی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.6 - مشکل حافظه/دمانس/الزایمر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neuro1.7 - بیماری پارکینسون

Surg1 - آیا سابقه عمل جراحی داشته اید؟ (۱. بلی) (۲. خیر)					
سن	نوع عمل جراحی		سن	نوع عمل جراحی	
<input type="checkbox"/>	۴	<input type="checkbox"/>	۱
<input type="checkbox"/>	۵	<input type="checkbox"/>	۲
<input type="checkbox"/>	۶	<input type="checkbox"/>	۳
<input type="checkbox"/>	بار در روز	Bowl 1 - چند بار اجابت مزاج در روز/یا در هفته دارید؟			
<input type="checkbox"/>	بار در هفته				

سابقه سایر بیماریها				
آیا در طی دو سال قبل پزشک به شما گفته است که (نام موارد ذیل برده شود) دارید؟				
گوارش				
مشکل/بیماری	سن/ تاریخ تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب
اولسر پپتیک				
بیماری کرون				
کبد چرب				
سنگ کیسه صفرا				
سایر				
سرطان				
ریه				
معهده				
مری				
پستان				
پروستات				
کولورکتال				
سایر				
غدد و متابولیسم				
مشکل/بیماری	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب
دیابت نوع ۱				
دیابت نوع ۲				
کم کاری تیروئید				
پرکاری تیروئید				
سایر				
سیستم ادراری				
سنگ کلیه				
نارسایی کلیه				
بی اختیاری ادراری				
سایر				
روانپزشکی				
مشکل/بیماری	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب
افسردگی				
اضطراب				
سایر				
سایر موارد				
				۱.
				۲.

سابقه مصرف داروها

D1- داروهای قلبی و پرفشاری خون

نام دارو	بلی	روزا نه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D1-1- آسپرین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-2- وارفارین / هپارین / پلاویکس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-3- دیورتیک ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-4- بتابلاکرها (آنتولول, پروپرانولول, متوپرولول)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-5- ACEi (کاپتوپریل)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-6- دیگوکسین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-7- ARB (لوزارتان- والسارتان)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D1-7- سایر (نام ببرید)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

D2- داروهای دیابت

نام دارو	بلی	روزا نه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D2-1- انسولین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D2-2- متفورمین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D2-3- گلین کلامید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D2-4- سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

D3- داروهای هایپرلیپیدمی

نام دارو	بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D3-1- استاتین ها (آتوروستاتین و استاتین ها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D3-2- جم فیروزیل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D3-3- سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

D4- داروهای اعصاب و روان

نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D4-1- بنزودیازپین ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D4-2- والپروات سدیم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D4-3- ضد تشنج ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D4-4- ضد افسردگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D4-5- ضد اضطراب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D4-6- سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D4-7- سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

D5- داروهای کورتیکواستروئیدی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D5-1- تزریقی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D5-2- خوراکی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D5-3- موضعی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D6- داروهای گوارشی							
نام دارو	بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
H ₂ Blocker -D6-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PPIs -D6-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D6-3- کلینیدیوم - سی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D6-4- سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
.....							
.....							
D7- آنتی بیوتیک ها							
نام دارو	بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
Amoxicillin -D7-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cefexim -D7-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Azithromycin -D7-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Metronidazole -D7-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D7-5- سایر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D8- متفرقه							
نام دارو	بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D8-1- استامینوفن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D8-2- استامینوفن کدئین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D8-3- ایبوبروفن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D8-4- دیکلوفناک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Levothyroxine -D8-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MTX -D8-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hydroxychloroquine -D8-7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
/ Sulfasalazine -D8-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D8-9- ایندومتاسین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D8-10- ناپروکسن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D9- سایر (نام ببرید)							
نام دارو	بلی	روزان	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم/ واحد)	مدت به ماه
D9-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D9-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D9-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

HS. استفاده از خدمات سلامتی				
تاریخ آخرین مراجعه	مراجعات در ۳ ماه گذشته	دفعات مراجعه	۱. بلی ۲. خیر	HS1 - در دو سال اخیر به کدامیک از مراکز زیر برای دریافت خدمات سلامتی مراجعه نموده اید؟
				HS1 - پزشک عمومی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS2 - اورژانس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS3 - بیمارستان دولتی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS4 - بیمارستان خصوصی
				HS5 - پزشک متخصص/ فوق تخصص
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS6 - مراکز مشاوره روانشناسی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS7 - تغذیه / رژیم درمانی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS8 - طب سنتی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS9 - فیزیوتراپی/ توانبخشی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HS9 - سایر نام ببرید.....