



<b>A. فرم ثبت نام</b>	
A1. نام و نام خانوادگی: _____	
A2. تاریخ مصاحبه (روز، ماه، سال شمسی) <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
A3. مکان مصاحبه: استان:..... شهر:.....	استان <input type="text"/> شهر <input type="text"/>
A4. چه کسی به پرسشنامه پاسخ می دهد؟ ۱. شرکت کننده    ۲. اعضای خانواده (بعنوان نماینده)    ۳. سایر	<input type="checkbox"/>
A5. دلیل برای نماینده کامل کننده پرسشنامه نوشته شود.....	
A6. ارتباط وی با مصاحبه شونده.....:	<input type="checkbox"/>
A7. اگر نماینده (همراه) در پاسخدهی به سوالات مشارکت می کند، چه کسی بیشترین سوالات را پاسخ می دهد ۱. فرد شرکت کننده پاسخها را به نماینده یا همراهش می گوید ۲. نماینده یا همراه با قضاوت شخصی به سوالات پاسخ می دهد	<input type="checkbox"/>
A8. آیا فرد دیگری از خانواده به غیر از خود شرکت کننده در این مطالعه حضور دارد؟ ۱. بلی    ۲. خیر	<input type="checkbox"/>
A9. ارتباط وی با مصاحبه شونده.....	<input type="checkbox"/>
A10. نام و نام خانوادگی مصاحبه گر .....	A12. امضاء مصاحبه گر
A11. کد مصاحبه گر <input type="text"/>	
<b>B. اطلاعات تماس (این قسمت توسط اپراتور در مرکز تکمیل می شود)</b>	
B1. نام و نام خانوادگی: .....	B4. شماره شناسنامه
B2. کد ملی <input type="text"/>	B3. کد پستی: <input type="text"/>
B5. شماره تلفن منزل <input type="text"/>	B6. تلفن همراه <input type="text"/>
B7. آدرس: استان _____ شهر _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____	
اطلاعات تماس اعضای خانواده/دوستان (فرد اول)	
B8. نام و نام خانوادگی _____	B9. ارتباط وی با مصاحبه شونده _____
B10. آدرس: استان _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____	B11. شماره تلفن منزل <input type="text"/>
B12. تلفن همراه: <input type="text"/>	
اطلاعات تماس اعضای خانواده/دوستان (فرد دوم)	
B13. نام و نام خانوادگی _____	B14. ارتباط وی با مصاحبه شونده _____
B15. آدرس: استان _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____	B16. شماره تلفن منزل <input type="text"/>
B17. تلفن همراه: <input type="text"/>	



C. دموگرافیک	
<input type="checkbox"/>	C1. جنسیت ۱. مرد ۲. زن
<input type="checkbox"/>	C2. تاریخ تولد: (روز، ماه، سال شمسی) <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	C3. مکان تولد: استان _____ بخش _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____
<input type="checkbox"/>	C4. قومیت پدر:
<input type="checkbox"/>	۱. فارس ۴. کرد ۲. آذری ۵. لر ۳. بلوچ ۶. عرب ۷. سایر
<input type="checkbox"/>	C5. قومیت مادر:
<input type="checkbox"/>	۱. فارس ۴. کرد ۲. آذری ۵. لر ۳. بلوچ ۶. عرب ۷. سایر
<input type="checkbox"/>	C6. وضعیت تاهل ۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر _____
<input type="checkbox"/>	C7. چه مدتی است که شما متاهل هستید؟ سال <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	C8. سن اولین ازدواج سال <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	C9. اگر متاهل هستید، چند سال است که ازدواج کرده اید؟ سال <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	C10. اگر بیوه هستید، چند سال است که بیوه شده اید؟ سال <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	C11. اگر مطلقه هستید، چند سال است که طلاق گرفته اید؟ سال <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	C12. چند سال با همسران زندگی کردید قبل از بیوه شدن/طلاق؟ سال <input type="text"/>
D. شرایط زندگی	
<input type="checkbox"/>	D1. بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟ ۱. به تنهایی ۲. با فرد/افراد دیگری زندگی می کنم
<input type="checkbox"/>	D2. اگر تنها زندگی می کنید، چند وقت است که تنها زندگی می کنید؟ سال <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	D3. اگر تنها زندگی نمی کنید، بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟ ۱. با همسر ۲. با همسر و فرزند/فرزندان ۳. با فرزند ۴. با بستگان چه کسی..... ۵. با سایرین (غیر بستگان) چه کسی.....



نفر <input type="text"/>		D4. اگر تنها زندگی نمی کنید چند نفر در حال حاضر در این خانه/خانوار زندگی می کنند (خودتان را هم حساب کنید)					
لطفا جدول زیر را برای تمام اعضای خانواده تکمیل کنید.							
وضعیت تاھل ++	شغل +	تحصیلات**	جنسیت ۱. مرد ۲. زن	تاریخ تولد (ماه و سال) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	رابطه با مصاحبه شونده*	نام و نام خانوادگی	
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
							۱۰
* ۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر ۵. فرزند ۶. عمه/خاله ۷. عمو/دایی ۸. پدر و مادر بزرگ ۹. سایر بستگان ** ۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک تجارتی ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا + مطابق گفته فرد درج شود ++ ۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر							

E. زندگی خانوادگی	
<input type="checkbox"/>	E1. چه کسی شما را بزرگ کرده است؟
	۱. پدر و مادر      ۲. پدر و مادر بزرگ      ۳. عمو/عمه
	۴. برادر و خواهر      ۵. سایر بستگان      ۶. سایر
<input type="checkbox"/>	E2. پدر و مادر تان هنوز زنده اند؟
	۱. بله، هر دو      ۲. بله، فقط مادر      ۳. بله، فقط پدر      ۴. خیر هر دو فوت شده اند
<input type="checkbox"/>	E3. پدر تان کجا بزرگ شده است؟
	E3-1. استان.....
	E3-2. شهر.....
<input type="checkbox"/>	E3-3. روستا.....
<input type="checkbox"/>	E4. مادر تان کجا بزرگ شده است؟
	E4-1. استان.....
	E4-2. شهر.....
<input type="checkbox"/>	E4-3. روستا.....



<input type="checkbox"/>		<b>E5. سطح تحصیلات پدر شما چیست؟</b>
<input type="checkbox"/>		۱. بیسواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا
<input type="checkbox"/>		<b>E6. سطح تحصیلات مادر شما چیست؟</b>
<input type="checkbox"/>		۱. بیسواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا
کدشغل مادر	کدشغل پدر	<b>E7. شغل اصلی پدر و مادر شما چیست؟</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پدر..... مادر.....
<input type="checkbox"/>		<b>E7. به زمانی فکر کنید که در خانه پدری زندگی می کردید شامل دوران نوجوانی تان، وضعیت مادی خانواده شما چگونه بود؟</b>
		۱. به سختی گذران زندگی می کردیم. ۲. برای مایحتاج اولیه پول داشتیم ۳. براحتی گذران زندگی می کردیم
		<b>E9. در حال حاضر پدر و مادرتان با چه کسی زندگی می کنند.</b>
مادر	پدر	* اگر پدر و مادر هر دو فوت شده اند برو به سوال E13 * اگر پدر و مادر هر دو بیش از دو سال است که فوت کرده اند برو به سوال E22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. فوت کرده اند ۲. مستقل زندگی می کنند ۳. با یکی از فرزندان زندگی می کنند ۴. با بستگان زندگی می کنند ۵. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی با فرزند/ان دیگر زندگی می کنند ۶. در خانه سالمندان زندگی می کنند ۷. موارد دیگر ذکر شود .....
مادر	پدر	<b>E10. پدر و مادرتان کجا زندگی می کنند؟</b>



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>۱. در همان خانه یا ساختمان فرد شرکت کننده</p> <p>۲. در همان محله</p> <p>۳. در همان شهر در محله دیگری</p> <p>۴. در شهر دیگر</p> <p>۵. در کشور دیگر</p> <p>۶. پدر و مادر فوت شده اند</p>
مادر	پدر	<b>E11. هر چند وقت یکبار پدر و مادر خود را می بینید؟</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>۱. هرروز</p> <p>۲. چند بار در هفته</p> <p>۳. چند بار در ماه</p> <p>۴. چند بار در سال</p> <p>۵. یک یا دو بار در سال</p> <p>۶. تقریباً هرگز</p> <p>۷. پدر و مادر فوت شده اند</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>E12. هر چند وقت یک بار با پدر و مادر تان با تلفن، ایمیل، یا پست در تماس هستید؟</b></p> <p>۱. هرروز</p> <p>۲. چند بار در هفته</p> <p>۳. چند بار در ماه</p> <p>۴. چند بار در سال</p> <p>۵. یک یا دو بار در سال</p> <p>۶. تقریباً هرگز</p> <p>۷. پدر و مادر فوت شده اند</p>
<input type="checkbox"/>		<p><b>E13. در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان به پدر/مادر یا هر دو والدین خود بواسطه مشکل جسمی در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اید؟</b></p> <p>۱. بلی</p> <p>۲. خیر</p>
<input type="checkbox"/>		<b>E14. آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته بوده است؟</b> ۱. بلی ۲. خیر
<input type="checkbox"/>		<b>E15. چه کسی این کمک را دریافت می کند؟</b> ۱. مادر ۲. پدر ۳. هر دو
ساعت <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>E16. در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسرتان به او / آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟</b> .....
<input type="checkbox"/>		<p><b>E17. در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان به پدر/ مادر یا هر دو والدین خود در کارهایی مانند کارهای منزل، خرید، حمل و نقل کمک کرده اید؟</b> ۱. بلی ۲. خیر</p>
<input type="checkbox"/>		<b>E18. آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته است؟</b> ۱. بلی ۲. خیر
<input type="checkbox"/>		<b>E19. چه کسی این کمک را دریافت کرده است؟</b> ۱. مادر ۲. پدر ۳. هر دو
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>E20. در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسرتان به او / آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟</b> .....
<input type="checkbox"/>		<p><b>E21. در طی دو سال گذشته آیا هر کدام از خواهر یا برادران شما و یا همسرشان به پدر/ مادر یا هر دو والدین تان بواسطه مشکل جسمی در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اید؟</b> ۱. بلی ۲. خیر</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>E22. چه تعداد نوه دارید؟</b> .....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>E23. چه تعداد نتیجه (فرزند نوه) دارید؟</b> .....



### F. اطلاعات مربوط به فرزندان (لطفا اطلاعات فرزندان را هم که فوت شده اند ذکر نمایید) اگر فرزند ندارد برو به قسمت G

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه و سال شمسی) □□ □□ □□ □□ □□ □□	جنسیت ۱. مرد ۲. زن	تحصیلات**	شغل+	وضعیت ۱. زنده ۲. متوفی	دلیل فوت	وضعیت تاهل++	هر چند وقت یکبار با او از طریق تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟*	هر چند وقت یکبار او را می بینید؟*
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
** ۱. بی سواد    ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه    ۳. ابتدایی    ۴. راهنمایی    ۵. دبیرستان (بدون دیپلم)    ۶. دیپلم    ۷. کاردانی/مدرک تجارتي									
۸. کارشناسی    ۹. کارشناسی ارشد    ۱۰. دکترا									
+ مطابق گفته فرد درج شود.									
++ ۱. مجرد    ۲. متاهل    ۳. بیوه    ۴. مطلقه    ۵. سایر									
* ۱. هر روز    ۲. چند بار در هفته    ۳. چند بار در ماه    ۴. چند بار در سال    ۵. یک یا دو بار در سال    ۶. تقریبا هرگز    ۹. متوقی									


**G. اطلاعات مربوط به خواهران و برادران ( لطفا اطلاعات انهایی را هم که فوت شده اند ذکر نمایید) "اگر خواهر و برادر ندارد برو به قسمت A"**

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه و سال شمسی) □□□□.□□	جنسیت ۱. مرد ۲. زن	تحصیلات**	شغل+	وضعیت ۱. زنده ۲. متوفی	دلیل فوت	وضعیت تاهل++	هر چند وقت یکبار با او از طریق ا تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟*	هر چند وقت یکبار او را می بینید؟*
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									

\*\* ۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکتری  
+ مطابق گفته فرد درج شود  
++ ۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴- مطلقه ۵. سایر

\* ۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریبا هرگز ۹. متوقی



<b>H. تحصیلات / شغل</b>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>HE1. بالاترین سطح تحصیلات شما چیست؟</b></p> <p>۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی (نا کامل) ۴. ابتدایی (کامل) ۵. راهنمایی (نا تمام) ۶. راهنمایی (سیکل) ۷. دبیرستان (نه دیپلم) ۸. دیپلم ۹. کاردانی/مدرک تجاری ۱۰. مدرک لیسانس ۱۱. کارشناسی ارشد ۱۲. دکترا</p>
<input type="checkbox"/>	HE2. مجموع سال های تحصیل شما ..... سال
<input type="checkbox"/>	<p><b>HE3. بالاترین سطح تحصیلات همسر تان چیست؟ (اگر همسر وی در مطالعه است برو به سوال HO1)</b></p> <p>۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی (نا کامل) ۴. ابتدایی (کامل) ۵. راهنمایی (نا تمام) ۶. راهنمایی (سیکل) ۷. دبیرستان (نه دیپلم) ۸. دیپلم ۹. کاردانی/مدرک تجاری ۱۰. مدرک لیسانس ۱۱. کارشناسی ارشد ۱۲. دکترا</p>
<input type="checkbox"/>	HE4. مجموع سال های تحصیل همسر تان ..... سال
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO1. شغل اصلی شما چیست؟ (شغلی که بیشتر سال ها بدان اشتغال داشته اید).....</b> (مصاحبه گر: لطفا کد را از لیست انتخاب کنید.)</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO2. وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟</b></p> <p>۱. کار تمام وقت ۲. کار نیمه وقت ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده ۴. بازنشسته ۵. بیکار ۶. بیمار دائمی/ناتوان در کسب و کار ۷. سایر .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO3. اگر در حال حاضر مشغول به کاری هستید که بابت آن حقوق / دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟.....</b> (مصاحبه گر: لطفا کد را از لیست انتخاب کنید.)</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO4. روش پرداخت کدام مورد است؟</b></p> <p>۱. رسمی (قرار دارد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر .....</p>
<input type="checkbox"/>	HO5. اگر بیکار هستید، چه مدت است که بیکار شده اید؟
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO6. دلیل اصلی شما برای بیکاری چیست؟</b></p> <p>۱. وضعیت سلامتی ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر.....</p>
<input type="checkbox"/>	HO7. اگر شما بازنشسته هستید، در چه سنی بازنشسته شده اید؟ سن بازنشستگی .....



<input type="checkbox"/>	<p><b>HO8. دلیل اصلی بازنشستگی شما چیست؟</b></p> <p>۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی          ۲. وضعیت سلامتی          ۳. اخراج به علت عدم نیاز          ۴. مسئولیت های خانوادگی          ۵. اجباری          ۶. سایر</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO9. آیا شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هستید؟</b></p> <p>۱. بلی          ۲. خیر</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO10. در صورت پاسخ مثبت در سؤال قبل به چه کاری مشغول هستید؟</b> .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO11. چند ساعت در هفته شما کار می کردید؟</b> .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO12. چند سال به کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه مشغول بوده اید؟</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO13. شغل اصلی همسر شما در طول زندگی اش چه بوده است؟ (شغل اصلی، شغلی که بیشتر سال ها کار کرده است).</b> * اگر همسر وی در مطالعه است برو به سوال HO25          * اگر همسر وی متوفی / مطلقه است و یا باهم زندگی نمی کنند برو به سوال HO25</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO14. وضعیت اشتغال فعلی همسرتان چیست؟</b></p> <p>۱. کار تمام وقت          ۲. کار نیمه وقت          ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده          ۴. بازنشسته          ۵. بیکار          ۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار          ۷. سایر</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO15. اگر در حال حاضر مشغول به کاری می باشد که بابت آن حقوق / دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟</b> .....</p> <p>(مصاحبه گر: لطفا کد را از لیست انتخاب کنید.)</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO16. روش پرداخت کدام مورد است؟</b></p> <p>۱. رسمی ( قرارداد، حقوق ثابت)          ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن)          ۳. سایر .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO17. اگر همسرتان بیکار است، چه مدت است که بیکار شده است؟</b> .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO18. دلیل اصلی بیکاری او چیست؟</b></p> <p>۱. وضعیت سلامتی          ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز          ۳. مسئولیت های خانوادگی          ۴. سایر .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO19. اگر همسر شما بازنشسته است، در چه سنی بازنشسته شده است؟</b> سن بازنشستگی .....</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>HO20. دلیل اصلی بازنشستگی همسرتان چیست؟</b></p> <p>۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی          ۲. وضعیت سلامتی          ۳. اخراج به علت عدم نیاز          ۴. مسئولیت های خانوادگی          ۵. اجباری          سایر .....</p>



<input type="checkbox"/>	HO21. آیا همسر شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هست؟ ۱. بلی ۲. خیر
<input type="checkbox"/>	HO22 چه کاری؟ .....
<input type="checkbox"/>	HO23 چند ساعت در هفته همسرتان کار می کند؟ .....
<input type="checkbox"/>	HO24 چه مدتی است همسر شما مشغول به این کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه می باشد؟ .....سال

HO25. لطفا همه شغل هایی را که حداقل یکسال بدان مشغول بوده اید را در جدول زیر لیست نمایید. اگر همزمان به چند شغل مشغول بوده اید یا در منزل کارهایی مانند قالی بافی، انجام می داده اید را هم ذکر نمایید.

شماره	از(سن)	تا(سن)	عنوان شغل	کد (از لیست انتخاب شود)	نوبت کاری	نوع کار
۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	۱. نوبت روز	۱. تمام وقت
۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	۲. نوبت عصر	۲. نیمه وقت
۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	۳. نوبت شب	۳. اتفاقی
۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	۴. چرخشی	



۱. درآمد			
۱۱۱. منبع اصلی درآمد شما چیست؟			
<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۶	۶. پشتیبانی از طرف پدر و مادر	۱. حقوق و دستمزد
<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۷	۷. پشتیبانی از طرف بستگان	۲. حقوق بازنشستگی
<input type="checkbox"/> ۳	<input type="checkbox"/> ۸	۸. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه)	۳. سرمایه گذاری
<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۹	۹. همسر	۴. سود بانکی
<input type="checkbox"/> ۵	<input type="checkbox"/> ۱۰	۱۰. سایر	۵. پشتیبانی از طرف فرزندان
۱۱۲. از موارد ذکر شده در بالا، کدامیک منبع اصلی درآمد شماست؟ <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/>			
۱۱۴. اگر شما بازنشسته شده اید و حقوق بازنشستگی دریافت می کنید، این حقوق برای چند روز ماه کفایت گذران زندگی تان را می کند؟ <input type="checkbox"/>			
۱۱۵. در طی ۱۲ ماه گذشته شما کدام یک از موارد زیر را انجام داده اید؟			
<input type="checkbox"/> ۱	<input type="checkbox"/> ۲	<input type="checkbox"/> ۳	۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. برای صرفه جویی میوه و سبزی تازه نخریدم یا بندرت خرید کردم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. برای صرفه جویی گوشت/ مرغ نخریده یا بندرت خرید کردم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. لباسهای قدیمی را پوشیدم و توانایی خرید لباس جدید نداشتم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. تا زمانی که ممکن بود از خرید لباس جدید امتناع کردم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. رفتن به دکتر را به تعویق انداختم یا نرفتم تا هزینه ها را کاهش دهم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶. داروها یم را نخریدم / 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 خریدهها یا رفتن به مکانهای محلی مانند مراسم ها، مسجد و.. را که نیاز به هزینه رفت و آمد داشت کم کردم
<b>۱۱۶. کمک نقدی به فرزندان، والدین، بستگان</b>			
منظور هرگونه کمک نقدی برای پرداخت قبوض، هزینه های پزشکی، رهن، اجاره، بیمه نامه و غیره می باشد. * موارد مشترک مربوط به خانه و غذا اگر باهم زندگی می کنید را شامل نکنید.			
<b>فرزندان اگر فرزند ندارد یا فوت شده اند برو به سوال ۱۱۳</b>			
<input type="checkbox"/>	۱۱۶. آیا در طی ۱۰ سال گذشته آیا شما یا همسرتان خانه، ملک، سرمایه یا مقدار قابل توجهی پول (حداقل ۲۰ میلیون تومان) را به هر کدام از فرزندان یا نوه هایتان داده اید؟		



	۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF2 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی یا مشابه آن معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به فرزندان، نوه ها یا همسرانشان کرده اید؟ کمک نقدی مانند پول دستی دادن، اجاره و شهریه دانشجویی * مشابه آن یعنی خرید کامپیوتر/ لپ تاپ، ماشین لباسشویی، غذا و مانند آن ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<b>والدین {اگر هر دو نفر (پدر و مادر) فوت شده اند برو به سوال IF5}</b>	
<input type="checkbox"/>	IF3 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی به پدر/مادر یا هردو والدین کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک در نظر نگیرید) ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF4 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی یا مشابه آن معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به پدر/مادر یا هردو والدین کرده اید؟ کمک نقدی مانند پول دستی دادن، اجاره و ... * مشابه آن یعنی خرید کامپیوتر/ لپ تاپ، ماشین لباسشویی، غذا و مانند آن ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<b>بستگان {اگر خواهر و برادر ندارد یا فوت شده اند برو به سوال IF7}</b>	
<input type="checkbox"/>	IF5 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی به برادر/خواهر کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک در نظر نگیرید) ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF6 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی + یا مشابه آن * معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به برادر/خواهر/عروس/داماد کرده اید؟ + کمک نقدی مانند پول دستی دادن، اجاره و ... * مشابه آن یعنی خرید کامپیوتر/ لپ تاپ، ماشین لباسشویی، غذا و مانند آن ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<b>IF کمک های نقدی دریافت شده از والدین، فرزندان، بستگان</b>	
منظور هر گونه کمک نقدی برای پرداخت قبوض، هزینه های پزشکی، رهن، اجاره، بیمه نامه و غیره می باشد. * موارد مشترک مربوط به خانه و غذا اگر باهم زندگی می کنید را شامل نکنید.	
<b>اگر هر دو نفر (پدر و مادر) فوت شده اند برو به سوال IF10</b>	
<b>اگر فرزند ندارد یا فوت شده اند یا مجردند و با آنها زندگی می کنند برو به سوال IF10</b>	
<input type="checkbox"/>	IF7 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان از پدر/مادر یا هردو والدین هر گونه کمک نقدی دریافت کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک را در نظر نگیرید، موارد به ارث رسیده هم شامل نشود)



	۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF8. آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان از فرزندان خود هر گونه کمک نقدی دریافت کرده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF9 در مجموع در طی دو سال گذشته این کمک مادی چقدر بوده است؟
<b>IF کمکهای غیر نقدی داده شده به فرزندان و همسرانشان</b>	
<b>{اگر فرزند ندارد یا فوت شده اند برو به قسمت SS}</b> <b>{اگر نوه ندارد برو به قسمت SS}</b>	
<input type="checkbox"/>	IF10. آیا در طی دو سال گذشته <u>بجز مراقبت از بچه</u> حداقل یکساعت در هفته را صرف کمک به فرزندان و نوه هایتان در امور زیر کرده اید؟ باغبانی/گلکاری، تعمیر منزل و لوازم آن، کارهای منزل، حمل و نقل و یا امورات اداری مثل تکمیل فرم، کارهای بانکی و قانونی ۱. بلی ۲. خیر ۳. بدون پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF11 چند ساعت در ماه مجموعاً چنین کارهایی را برای کمک به آنها انجام داده اید؟
<input type="checkbox"/>	IF12 در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان حداقل یکساعت در هفته را صرف <u>مراقبت از نوه یا نتیجه هایتان</u> کرده اید؟ (مواردی را شامل کنید که با شما در همان خانه زندگی نمی کنند) ۱. بلی ۲. خیر ۳. بدون پاسخ
<input type="checkbox"/>	IF13 چند ساعت در ماه مجموعاً صرف مراقبت از آنها نموده اید؟



J محیط و محل سکونت		
<input type="checkbox"/>		J1. محل اقامت شما: ۱. یک خانه ویلایی است ۲. قسمتی از یک خانه است ۳. دوبلکس است ۴. پیلوت است ۵. آپارتمانی است
<input type="checkbox"/>		J2. محل اقامت شما: ۱. تحت مالکیت شما یا همسرتان یا هر دو است ۲. هنوز در حال پرداخت وام هستید ۳. اجاره ای است ۴. بخشی اجاره بخشی رهن ۵. اجاره رایگان ( پشتیبانی بستگان/دوستان وغیره) ۶. اجاره رایگان (پشتیبانی فرزندان/خواهر و برادر) ۷. محل اقامت به اشتراک گذاشته ۸. اجاره کم (خانه دولتی) ۹. سایر
<input type="checkbox"/>		J3. چه تعداد اتاق در منزل شما وجود دارد؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		J4. تقریباً، محل اقامت شما چند سال ساخت است؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		J5. اندازه خانه(به مترمربع)-به جز هریک از موارد زیر: ایوان، باغ، حیاط، پارکینگ، یا هر کانی که حیوانات خانگی نگهداری می شوند.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		J6. چه مدت است که در این منزل زندگی می کنید؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		J7. تعداد افراد ساکن در منزل فعلی شما؟
<input type="checkbox"/>		J8. آیا شما در از محله دیگری/شهر دیگری به اینجا آمده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر
<input type="checkbox"/>		J9. در طول ۲۰ سال گذشته، چند بار اسباب کشی کرده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		J10. در طول ۲۰ سال گذشته، چند بار اسباب کشی کرده اید؟
<input type="checkbox"/>		J11. در مورد منزل فعلی خودتان فکر کنید، چقدر شما آن را دوست دارید؟ ۱. اصلاً ۲. تا حدی ۳. نسبتاً ۴. بسیار ۵. خیلی زیاد
چند سال قبل	انجام شده	J12. در مورد محل سکونت شما چه کارهایی انجام شده و چند وقت پیش اقدام شده است؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱. بازسازی
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲. اضافه کردن اتاق
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳. بازسازی نرده،پلکان، کف سازی
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴. بهبود سیستم عایق یا گرمایش
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵. بازسازی حمام
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶. بازسازی باغچه/حصار



<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		۷. سایر (لطفا شرح دهید)
<input type="checkbox"/>		J13 در مورد محله فعلی خودتان فکر کنید، چقدر این محله را دوست دارید؟ ۱. اصلا ۲. تا حدی ۳. نسبتا ۴. بسیار ۵. خیلی زیاد		
<input type="checkbox"/>		J14 آیا هرگونه یازسازی یا تغییری در محل سکونت شما از زمانی که اینجا زندگی می کنید بوده است؟ ۱. بلی ۲. خیر		
J15 کدام یک از لوازم منزل زیر در منزل شما دارید؟				
عنوان		عنوان		
بلی	بلی	عنوان		
<input type="checkbox"/> ۸	<input type="checkbox"/> ۱	۶. تلویزیون LCD/LED		۱. فریزر بزرگ/ساید بای ساید
<input type="checkbox"/> ۹	<input type="checkbox"/> ۲	۷. جاروبرقی		۲. ماشین لباسشویی
<input type="checkbox"/> ۱۰	<input type="checkbox"/> ۳	۸. اتاق توکار (دارای سرویس بهداشتی در اتاق خواب)		۳. ظرفشویی
<input type="checkbox"/> ۱۱	<input type="checkbox"/> ۴	۹. موتورسیکلت		۴. لپ تاپ/دسکتاپ
<input type="checkbox"/> ۱۲	<input type="checkbox"/> ۵	۱۰. ماشین با ارزش کمتر از ۲۰ میلیون تومان		۵. دسترسی به اینترنت
<input type="checkbox"/> ۱۳	<input type="checkbox"/> ۶	۱۲. ماشین با ارزش ۵۰-۱۰۰ میلیون تومان		۱۱. ماشین با ارزش ۲۰-۵۰ میلیون تومان
<input type="checkbox"/> ۱۴	<input type="checkbox"/> ۷	۱۴. تبلت/IPAD		۱۳. ماشین با ارزش بیشتر از ۱۰۰ میلیون تومان
<input type="checkbox"/> ۵	<input type="checkbox"/> ۱	۵. آب معدنی		J16 منبع اصلی آب آشامیدنی شما چیست؟
<input type="checkbox"/> ۶	<input type="checkbox"/> ۲	۶. مخزن آب		۱. آب چاه
<input type="checkbox"/> ۷	<input type="checkbox"/> ۳	۷. مخزن آب زیرزمینی		۲. آب رودخانه
<input type="checkbox"/> ۸	<input type="checkbox"/> ۴	۸. سایر		۳. آب چشمه
<input type="checkbox"/>		J17 چند سال است که شما آب لوله کشی استفاده می کنید؟		
<input type="checkbox"/> ۴	<input type="checkbox"/> ۱	J18 منبع اصلی آب آشامیدنی شما قبل از آب لوله کشی چه بوده است؟		
<input type="checkbox"/> ۵	<input type="checkbox"/> ۲	۴. شما همیشه از آب لوله کشی استفاده دارید		۱. آب چاه
	<input type="checkbox"/> ۳	۵. سایر		۲. آب رودخانه
<input type="checkbox"/>		J19 تعداد کتاب های غیردرسی و غیر شغلی که در یک سال قبل مطالعه کرده اید (شامل کتاب های آسمانی و دعا نمی گردد) ..... عدد <input type="checkbox"/> بیسواد است.		
		J20 تعداد مسافرت های خارج از ایران در تمام عمر : در تمام عمر: ..... زیارتی: ..... غیرزیارتی: .....		
<input type="checkbox"/>		J21 تعداد مسافرت های داخل ایران در ده سال گذشته (زیارتی و گردشگری که حداقل ۱۰۰ کیلومتر از محل سکونت فاصله داشته است)		



J22- آیا سابقه تماس با حیوانات را داشته اید؟  
 ۱- بلی  ۲- خیر

از سن	تا سن	سطح تماس	حیوان (حیوانات)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**سطح تماس:**  
 (۱) بعضی مواقع (برای مثال محل نگهداری حیوانات در دوپست متری محل کار یا زندگی فرد است)  
 (۲) حداقل یکبار در دو هفته ولی کمتر از یکبار در روز (برای مثال محل نگهداری حیوانات در همسایگی محل کار یا زندگی فرد است)  
 (۳) تماس روزانه (برای مثال نگهداری حیوانات در محل کار یا زندگی فرد)  
 (۴) تماس روزانه و نزدیک با حیوانات (شغل‌های مربوط به تغذیه و تمیز کردن حیوانات و کشتارگاه)

**حیوانات:**  
 (۱) اسب سانان (مانند اسب، قاطر، الاغ، شتر) (۲) نشخوار کنندگان (مانند گوسفند، بز، گاو) (۳) سگ (۴) طیور (۵) گربه (۶) پرندگان خانگی مانند قناری، مرغ عشق (۷) سایر

J23 لطفا تمام مکانهایی را که از زمان تولدتان تا حالا در آن زندگی کرده اید در جدول زیر لیست نمایید؟

از(سن)	تا (سن)	استان	شهر	روستا	نوع منزل	نوع سوخت مورد استفاده برای گرمایش	نوع سوخت مورد استفاده برای آشپزی	سیستم گرمایشی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>کد نوع خانه:</b></p> <p>۱. آجر و آهن                  ۲. چوب و آجر                  ۳. بتون آرمه                  ۴. گچ و سنگ                  ۵. سایر</p>	<p><b>کد سیستم گرمایش:</b></p> <p>۱. بخاری برقی                  ۲. بخاری دارای دودکش                  ۳. شومینه                  ۴. بخاری بدون دودکش/چراغ                  ۵. بخاری گازی                  ۶. سایر</p>	<p><b>کد نوع سوخت:</b></p> <p>۱. نفت/گازوئیل                  ۲. چوب و هیزم                  ۳. فضولات حیوانی                  ۴. گاز                  ۵. زغال سنگ                  ۶. سایر</p>
--	--	---



<b>K. فعالیت فیزیکی</b>	
<input type="checkbox"/>	<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 ۰۰ به سوال بعدی مراجعه شود.</p> <p>۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)      ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)      ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>K1a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....</p>
<input type="checkbox"/>	<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      ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز      ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
<input type="checkbox"/>	<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      ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)      ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)      ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>K2a. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟</p> <p>۱. کمتر از ۱ ساعت در روز      ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز      ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
<input type="checkbox"/>	<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      ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)      ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)      ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>K3a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....</p>
<input type="checkbox"/>	<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      ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز      ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
<input type="checkbox"/>	<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      ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)      ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)      ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>K4a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....</p>
<input type="checkbox"/>	<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      ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز</p> <p>۳. بین ۲-۴ ساعت در روز      ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز</p>
<input type="checkbox"/>	<p>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؟</p> <p>۱. هرگز      ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز)      ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز)      ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)</p>



<input type="checkbox"/>	K5a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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)	
<input type="checkbox"/>	K6a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....	
<input type="checkbox"/>	K6b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته 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	
	<b>بلی</b>	<b>خیر</b>
<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
<input type="checkbox"/>	K13. در طول هفته ی گذشته، آیا شما کار با دریافت حقوق و یا کارهای داوطلبانه انجام داده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر	
<input type="checkbox"/>	K13a. چند ساعت در هفته شما با دریافت حقوق و یا داوطلبانه کار کرده اید؟..... ساعت	
<input type="checkbox"/>	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، حمل 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)	



## Nutr. پرسشنامه ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی

Nutr1. 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 ۲ و در صورت انتخاب گزینه ۴ به سوال ۳ پاسخ دهید	
Nutr2. طی ۶ ماه گذشته 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	(۴) نمی دانم
Nutr3. طی ۶ ماه گذشته 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	(۴) نمی دانم
Nutr4. اشتهای شما چگونه است؟	
(۱) خوب	(۲) معمولی
(۳) کم	
Nutr5. 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
Nutr6. روزانه چند وعده غذا می خورید؟	
(۱) کمتر از سه وعده	(۲) سه وعده (صبحانه، ناهار، شام)
(۳) چهار وعده (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده)	(۴) پنج الی شش وعده (صبحانه، ناهار، شام، ۲-۳ میان وعده)
(۵) بیش از ۶ وعده	
Nutr7. آیا در طول روز حداقل یک وعده غذایی را همراه با سایر افراد خانواده میخورید؟	
(۱) هرگز و یا به ندرت	(۲) گاهی اوقات
(۳) اغلب	(۴) همیشه
Nutr8. روزانه چند بار میوه و سبزی مصرف می کنید؟	
(۱) پنج و بیشتر	(۲) چهار
(۳) سه	(۴) دو
(۵) کمتر از دو	
Nutr9. روزانه چند لیوان (۲۴۰ سی سی) آب مصرف می کنید؟	
(۱) ۸ یا بیشتر	(۲) ۵-۷
(۳) ۳-۴	(۴) تقریباً ۲
(۵) کمتر از ۲	
Nutr10. روزانه چند لیوان (۲۴۰ سی سی) مایعات مانند آبمیوه، قهوه، چای، نوشابه و غیره... مصرف می کنید؟	
(۱) ۸ یا بیشتر	(۲) ۵-۷
(۳) ۳-۴	(۴) تقریباً ۲
(۵) کمتر از ۲	
Nutr11. آیا عادت به اضافه کردن نمک به غذا در سر سفره دارید؟	
(۱) بلی	(۲) بعضی مواقع
(۳) خیر	
Nutr12. هر چند وقت یکبار غذای کبابی (کباب کوبیده، برگ، جوجه کباب، ماهی کبابی) می خورید؟	
(۱) هرگز	(۲) روزانه
(۳) ۱-۳ بار در هفته	(۴) کمتر از یکبار در ماه
(۵) ۱-۳ بار در ماه	



Nutr13. هر چند وقت یکبار از غذای سرخ شده استفاد می کنید؟
(۱) هرگز (۲) روزانه (۳) ۱-۳ بار در هفته (۴) کمتر از یکبار در ماه (۵) ۱-۳ بار در ماه
Nutr14. نحوه سرخ کردن سبزیجات چگونه می باشد؟
(۱) تفت دادن (۲) طلایی شدن (۳) قهوه ای شدن (۴) سرخ نمیکنم
Nutr15. از چه نوع روغنی برای سرخ کردن مواد غذایی استفاد می کنید؟
(۱) جامد و نیمه جامد (۲) مایع (۳) مایع مخصوص سرخ کردنی (۴) کره و روغن حیوانی (۵) سایر روغن ها

## FFQ. پرسشنامه بسامد خوراک

ردیف	نام ماده غذایی	واحد مصرف	تعداد دفعات مصرف در سال گذشته				ماه در سال	ملاحظات
			روزانه	هفتگی	ماهانه	سالانه		
FFQ1	شیر	لیوان					کم چرب پر چرب/محلی	
FFQ2	ماست	لیوان					کم چرب پر چرب/محلی	
FFQ3	دوغ	لیوان						
FFQ4	پنیر لیقوان / پاستوریزه	قوطی کبریت						
FFQ5	انواع سیب های فصلی	عدد متوسط						
FFQ6	مرکبات ( پرتقال, نارنگی لیمو شیرین, گریپ فروت)	عدد متوسط						
FFQ7	گلابی	عدد متوسط						
FFQ8	کیوی	عدد متوسط						
FFQ9	انار	عدد متوسط						
FFQ10	موز	عدد متوسط						
FFQ11	خریزه - طالبی - هندوانه - گرمرک	قاج متوسط						
FFQ12	هلو/زرد آلو/شفتالو/شلیل	عدد متوسط						
FFQ13	انگور	خوشه متوسط						



						قاشق غذاخوری	کشمش	FFQ14
						عدد	خرما	FFQ15
						لیوان	آبمیوه های طبیعی(آب) طالبی - سیب - پرتقال - (...)	FFQ16
	1. خام 2. پخته سرخ شده آب هویج					عدد متوسط	هویج	FFQ17
						عدد متوسط	سیب زمینی (آب پز و سرخ کرده)	FFQ18
						عدد متوسط	خیار	FFQ19
						عدد متوسط	گوجه فرنگی	FFQ20
						یک لیوان	انواع کلم	FFQ21
						پیش دستی	کاهو	FFQ22
						پیش دستی	سبزی خوردن	FFQ23
						پیش دستی	سبزی خورشتی / آش / کوکو/دلمه / اسفناج	FFQ24

ملاحظات	ماه در سال	تعداد دفعات مصرف در سال گذشته				واحد مصرف	نام ماده غذایی	ردیف
		روزانه	هفتگی	ماهیاره	سالانه			
						حبه	سیر	FFQ25
						عدد متوسط	پیاز	FFQ26
						عدد متوسط	کدو / بادمجان	FFQ27
						کف دست	نان لواش /محلی	FFQ28
						کف دست	نان سنگگ	FFQ29
						کف دست	نان بربری / روغنی	FFQ30
						کفگیر	برنج	FFQ31
						کفگیر	ماکارونی	FFQ32



					نصف لیوان	عدس / نخود / انواع لوبیا / لپه	FFQ33
					قاشق غذا خوری	سویا	FFQ34
کم چرب پرچرب					قوطی کبریت (۳۰ گرم)	گوشت قرمز	FFQ35
1. با پوست 2. بدون پوست					قوطی کبریت (۳۰ گرم)	مرغ و جوجه	FFQ36
					قوطی کبریت (۳۰ گرم)	دل و جگر و قلوه	FFQ37
					بشقاب	کله و پاچه / سیرابی	FFQ38
					قطعه متوسط	ماهی	FFQ39
با روغن بدون روغن					قوطی	تن ماهی	FFQ40
					عدد	تخم مرغ	FFQ41
					برش	پیتزا	FFQ42
					عدد	سوسیس و کالباس و همبرگر	FFQ43
1. کانولا/سویا 2. سایر روغنهای مایع (آفتابگردان/ذرت) 3. روغن سرخ کردنی					قاشق غذاخوری	روغن مایع	FFQ44
					قاشق غذاخوری	جامد نباتی / حیوانی	FFQ45
					قاشق غذاخوری	روغن زیتون	FFQ46

ملاحظات	ماه در سال	تعداد دفعات مصرف در سال گذشته				واحد مصرف	نام ماده غذایی	ردیف
		سالانه	ماهانه	هفتگی	روزانه			
						عدد	زیتون	FFQ47
						قاشق مربا خوری	کره / خامه / سرشیر	FFQ48
						عدد	گردو - انواع بادام و بادام زمینی - فندق - پسته	FFQ49
						قاشق غذاخوری	سس مایونز	FFQ50
						حبه	قند و شکر / نبات	FFQ51
						قاشق مربا خوری	مربا / عسل	FFQ52
						قاشق مربا خوری	شیره انگور	FFQ53



					عدد	شیرینی / کیک / بیسکویت	FFQ54
					لیوان	چای - قهوه	FFQ55
					لیوان	نوشابه - ماء الشعیر	FFQ56
					قاشق چای خوری	نمک	FFQ57

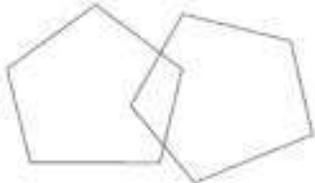
OH بهداشت دهان و دندان	
<input type="checkbox"/>	OH1- دفعات مسواک زدن دندانها: ۱- یکبار در روز ۲- دو بار در روز ۳- سه بار در روز ۴- سایر (نام ببرید) ..... ۵- مسواک نمی زنم
<input type="checkbox"/>	OH2- معیار DMF OH-2-1- تعداد کل دندانها
<input type="checkbox"/>	OH-2-2- تعداد دندانهای پوسیده (D)
<input type="checkbox"/>	OH-2-3- تعداد دندانهای کشیده شده (M)
<input type="checkbox"/>	OH-2-4- تعداد دندانهای پر شده (F)
<input type="checkbox"/>	OH3- آیا ضایعه‌ی زخمی در دهان وجود دارد؟ ( ۱- بلی ۲- خیر)
<input type="checkbox"/>	OH4- آیا دندان مصنوعی داری؟ ۱. کامل فک بالا ۲. کامل فک پایینی ۳. هر دو ۴. قسمتی ۵. خیر
<input type="checkbox"/>	OH4-1- از چه سنی دندان مصنوعی داری؟
<input type="checkbox"/>	OH4-2- آیا دندان مصنوعی خود را می پوشی؟ ( ۱- بلی ۲- خیر)
<input type="checkbox"/>	OH4-3- آیا دندان مصنوعی خود را مسواک می زنی؟ ( ۱- بلی ۲- خیر) OH4-3-1- اگر بلی دفعات آن ؟ ۱- یکبار در روز ۲- دو بار در روز ۳- سه بار در روز ۴- سایر (نام ببرید) ..... ۵- مسواک نمی زنم OH4-3-1- اگر دندان مصنوعی خود را مسواک نمی زنی چگونه آن را تمیز می کنی؟ .....
<input type="checkbox"/>	OH5- آیا از نخ دندان استفاده می کنی؟ ( ۱- بلی ۲- خیر) OH5-1- اگر بلی دفعات آن ؟ ..... در روز ..... در هفته سایر ذکر شود.....
<input type="checkbox"/>	OH6- آیا از دهان شویه استفاده می کنی؟ ( ۱- بلی ۲- خیر) OH6-1- اگر بلی دفعات آن ؟ ..... در روز ..... در هفته سایر ذکر شود.....
<input type="checkbox"/>	OH7- در طی ۱۲ ماه گذشته هر گونه درد یا ناراحتی در دهان یا دندان خود داشته ای؟ ( ۱- بلی ۲- خیر)



OH8- در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار به دندانپزشک مراجعه داشته اید؟

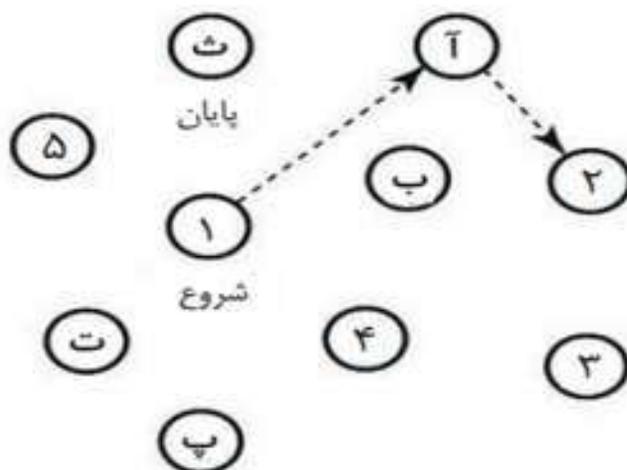
نمی دانم	اصلا	بعضی وقتها	اغلب اوقات	تمام اوقات	OH9- در طی ۱۲ ماه گذشته هر چند وقت یکبار بخاطر وضعیت دهان و دندان مشکلات زیر را داشته اید؟
					OH9-1 مشکل در گاز زدن غذا
					OH9-2 مشکل در جوییدن
					OH9-3 مشکل در حرف زدن یا ادای کلمات
					OH9-4 خشکی دهان
					OH9-5 پرهیز از خندیدن بخاطر وضعیت دندان و لثه
					OH9-6 احساس ناراحتی بخاطر ظاهر دندان
					OH9-7 کاهش در فعالیتهای اجتماعی بخاطر وضعیت دهان و دندان
ضعیف	متوسط	خوب	بسیار خوب	عالی	OH10 بطور کلی وضعیت دندان ها و لثه های خود را چگونه توصیف می کنید؟
					OH10-1 دندانها
					OH10-2 لثه ها



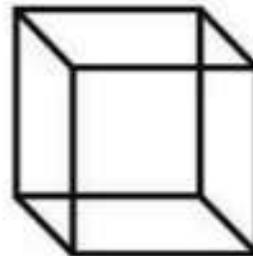
Mini-Mental Status Examination (MMSE)							
<p>MMSE2. تکرار (1) تاجر تجارت توپ می کند.</p>	<p>MMSE1. وقوف به زمان (5) امروز چندشنبه است؟ امروز چندمین روز ماه است؟ امروز در کدامین ماه سال هستیم؟ در چه فصلی قرار داریم؟ در چه سالی قرار داریم؟</p>						
<p>MMSE4. خواندن (1) در روی کاغذی بنویسید "چشماتان را ببندید". از شخص بخواهید آن را بخواند و عمل کند..</p>	<p>MMSE3. وقوف به مکان (5) این محل کجا است؟ این جا چندمین طبقه است؟ شهری که در آن قرار داریم نامش چیست؟ استانی که در آن قرار داریم نامش چیست؟ کشوری که در آن قرار داریم نامش چیست؟</p>						
<p>MMSE6. کپی (1) کشیدن اشیا متقاطع</p> 	<p>MMSE5. به خاطر سپردن 3 کلمه (3) . از فرد بخواهید پس از آنکه شما آنها را نام بردید، تکرار کند. برای هر پاسخ صحیح که بار اول داده میشود 1 نمره بدهید. 3 لغت را آنقدر تکرار کنید تا بتواند هر سه را بگوید</p> <table border="0"> <tr> <td>توپ</td> <td>سیب</td> </tr> <tr> <td>پرچم</td> <td>میز</td> </tr> <tr> <td>درخت</td> <td>کفش</td> </tr> </table>	توپ	سیب	پرچم	میز	درخت	کفش
توپ	سیب						
پرچم	میز						
درخت	کفش						
<p>MMSE9. نوشتن (1) تکه ای کاغذ در اختیار فرد قرار دهید و از وی بخواهید که جمله ای بنویسد.</p>	<p>MMSE8. از صد 7 تا 7 تا کم کنید. یا تلفظ برعکس کلمه "ایران" یا "لیوان" (5)</p> <p>ن ا ر ی ا</p>						
<p>MMSE11. فرمان (3) تکه ای کاغذ بردارید و از شخص بخواهید که آن را بگیرد، تا کند، و بروی زمین بگذارد گرفتن تا کردن کذاشتن</p>	<p>MMSE10. به یاد آوردن 3 کلمه (3) توپ پرچم درخت</p>						
	<p>MMSE12. شناسایی اجسام (2) ساعت خودکار</p>						
<p>امتیاز کل: 30/.....</p>							

### Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MoCA1. دیداری-فضایی/اجرایی (۵)



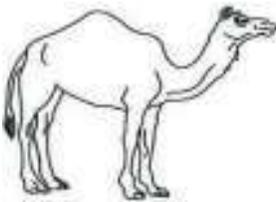
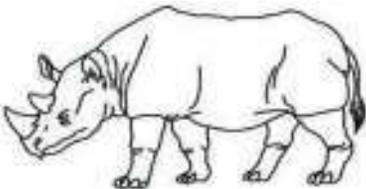
MoCA2. مکعب را بکشید.



MoCA3. ساعت را بکشید (یازده و ده دقیقه) (سه امتیاز)

(۵)

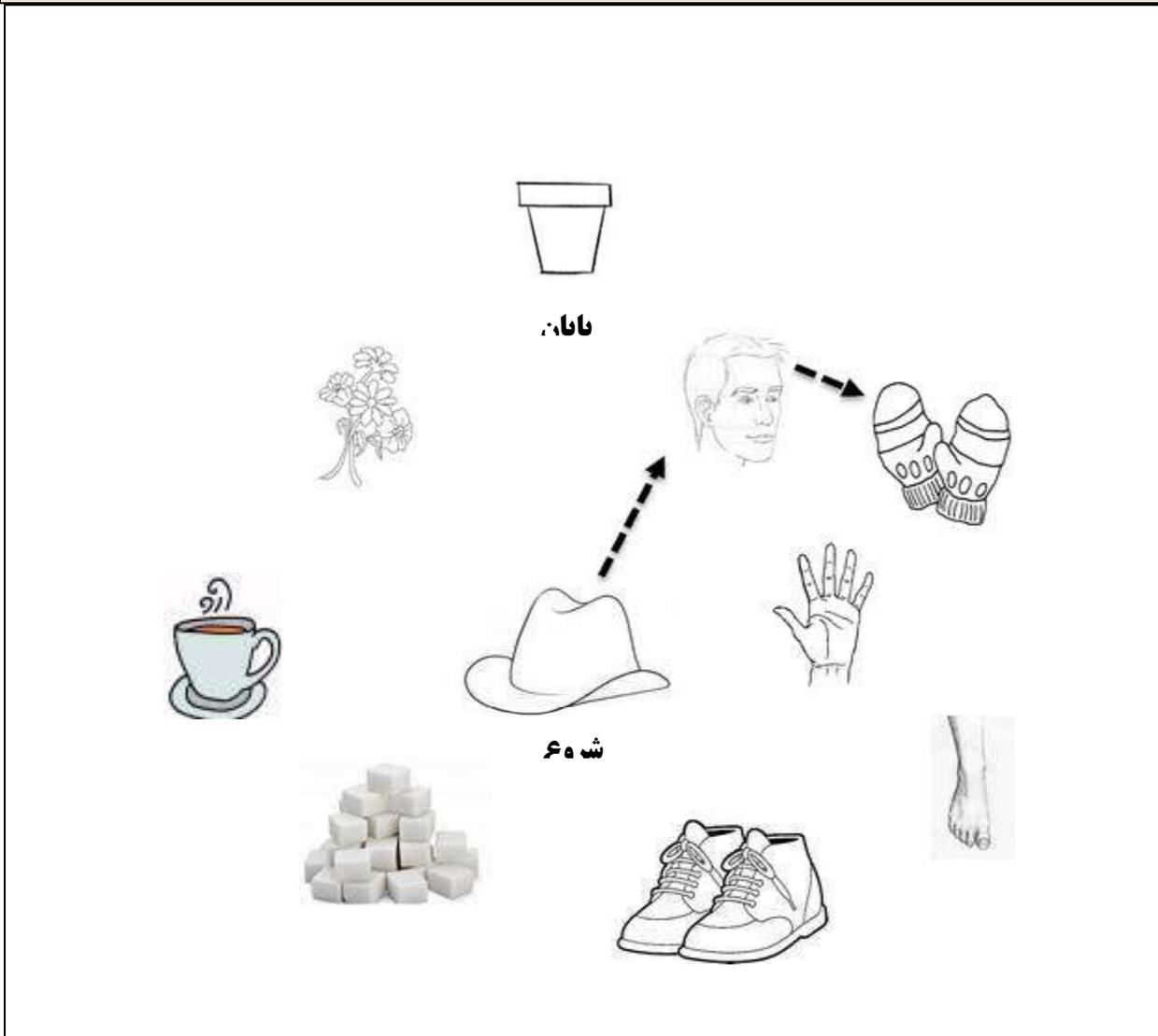


(۳)	<p style="text-align: right;"><b>MoCA4. نام ببرید</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>[ ]</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>[ ]</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>[ ]</p> </div> </div>																									
	<p style="text-align: right;"><b>MoCA5. حافظه</b></p> <p>فهرست کلمات را بخوانید، فرد باید آنها را تکرار کند. دو بار این کار را انجام دهید، حتی اگر بار اول موفقیت آمیز باشد. پس از ۵ دقیقه یادآوری را انجام درخواست کنید.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">قرمز</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">آفتاب گردان</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">بیمارستان</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">مخمل</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">صورت</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">نوبت اول</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">نوبت دوم</td> </tr> </table>							قرمز	آفتاب گردان	بیمارستان	مخمل	صورت	نوبت اول													
	قرمز	آفتاب گردان	بیمارستان	مخمل	صورت	نوبت اول																				
						نوبت دوم																				
(۲)	<p style="text-align: right;"><b>MoCA6. توجه</b></p> <p>فهرست شماره ها را بخوانید (یک شماره هر ثانیه) فرد باید به همان ترتیب تکرار کند { ۴ ۵ ۸ ۱ ۲ } فرد باید برعکس تکرار کند { ۲ ۴ ۷ }</p>																									
(۱)	<p style="text-align: right;"><b>MoCA7. فهرست حروف را بخوانید. فرد باید با شنیدن هر حرف ب ضربه ای با دستش بزند. دو بار یا بیشتر اشتباه، امتیازی نمی گیرد.</b></p> <p style="text-align: center;">ف چ س م ن ب ب ز ک ل چ ب ف ب ک د ر ب ب ب ز م و ف ب ب چ</p>																									
(۳)	<p style="text-align: right;"><b>MoCA8. از صد ۷ تا ۷ تا کم کنید.</b></p> <p style="text-align: center;">93[ ]      86[ ]      79[ ]      72[ ]      65[ ]</p> <p>۴ یا ۵ مرحله    درست: ۳ امتیاز، ۲ یا ۳ مرحله درست: ۲ امتیاز، ۱ مرحله درست: ۱ امتیاز، صفر مرحله درست: صفر امتیاز</p>																									



(۲)	<p><b>MoCA9. کلام</b> تکرار من فقط می دانم رضا کسی است که امروز کمک می کند. [ ] وقتی سگها در اتاق بودند، گریه همیشه زیر مبل پنهان می شد. [ ]</p>
(۱)	<p><b>MoCA10. روانی کلام</b> هر تعداد کلماتی را که با حرف م شروع می شود در یک دقیقه بگویید. [ ] (تعداد کلمات درست ۱۱ و بیشتر)</p>
(۲)	<p><b>MoCA11. انتزاع</b> شباهت بین موز و پرتقال چیست؟ هر دو میوه اند. شباهت بین قطار و دوچرخه چیست؟ شباهت بین ساعت - خط کش؟</p>
(۵)	<p><b>MoCA12. یادآوری با تاخیر</b> فرد باید کلمات را بدون هیچ راهنمایی بخاطر بیاورد. صورت مخمل بیمارستان آفتاب گردان قرمز امتیازها فقط برای یادآوری بدون راهنمایی است.</p>
(۶)	<p><b>MoCA13. آگاهی به زمان و مکان</b> چندمین روز ماه؟ ماه؟ سال؟ روز هفته؟ مکان؟ شهر؟</p>

دیداری-فضایی/اجرایی ( بی سوادی)





## SS. حمایت اجتماعی Duke Social support

<input type="checkbox"/>	<p>SS1. بغیر از افراد خانواده با چه تعداد از اشخاص در محل سکونتتان می توانید احساس دلبستگی یا رابطه خیلی نزدیکی داشته باشید؟</p> <p>۱. هیچکس      ۲. یک تا دو نفر      ۳. بیشتر از دو نفر</p>
--------------------------	---

SS2. چند بار در طی هفته گذشته، شما زمانی را با شخصی که با شما زندگی نمی کند صرف کردید؟ برای مثال شما رفتید آنها را ببینید یا آنها به ملاقات شما آمدند یا با هم بیرون رفتید.

هیچوقت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار	پنج بار	شش بار	هفت بار و بیشتر
<input type="checkbox"/>							

SS3. در طی هفته گذشته، چند بار تلفنی با شخصی (دوستان، بستگان یا دیگران) صحبت کردید (یا آنها به شما تلفن کردند یا شما به آنها تلفن کردید)؟

هیچوقت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار	پنج بار	شش بار	هفت بار و بیشتر
<input type="checkbox"/>							

SS4. در طی هفته گذشته، چند بار به جلسات انجمن های اجتماعی، جلسات مذهبی یا دیگر گروه ها (مثل صندوق مشترک) رفتید؟

هیچوقت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار	پنج بار	شش بار	هفت بار و بیشتر
<input type="checkbox"/>							

اکثر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS5. آیا به نظر می رسد خانواده یا دوستانتان (افرادی که برای شما مهم هستند) شما را درک می کنند؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS6. آیا احساس می کنید برای خانواده یا دوستانتان (افرادی که برای شما مهم هستند) مفید هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS7. وقتی با خانواده یا دوستانتان صحبت می کنید، آیا احساس می کنید به حرف هایتان گوش داده می شود؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS8. آیا احساس می کنید نقش تعیین کننده در خانواده تان یا در بین دوستانتان دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS9. آیا شما می توانید در باره مشکلات مهم زندگی تان با حداقل بعضی از افراد خانواده یا دوستانتان صحبت کنید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS10. آیا شما فکر می کنید در جریان اموری که در خانواده یا در بین دوستانتان می گذرد هستید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SS11. در مورد انواع ارتباطی که شما با افراد خانواده یا دوستانتان دارید چقدر رضایت دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



کیفیت زندگی SF12					
<input type="checkbox"/>	SF1- به طور کلی سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید ۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. بد				
<input type="checkbox"/>	SF2- طی ۴ هفته گذشته درد تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار خارج از منزل و هم کار منزل)؟ ۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد				
<input type="checkbox"/>	SF3- طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت‌های اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟ ۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد				
موارد زیر شامل فعالیت‌هایی است که شما احتمالا طی یک روز عادی انجام می‌دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیت‌ها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟					
	بله بسیار محدود شده است	بله کمی محدود شده است	خیر اصلا محدود نشده است		
				SF4- فعالیت‌های متوسط مانند حرکت دادن یک میز، جابجایی جارو برقی، انجام ورزش‌های سبک	
				SF5- بالا رفتن از چند راه‌پله	
آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟					
	تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	هیچ وقت
					SF6- به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید
					SF7- در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید
آیا طی ۴ هفته گذشته در کار یا سایر فعالیت‌های روزمره به علت مشکلات روحی خود (مثل احساس افسردگی یا اضطراب) یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟					
	تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	هیچ وقت
					SF8- به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید
					SF9- در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید
این پرسش‌ها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفا برای هر سوال نزدیک‌ترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید، چه مدتی طی ۴ هفته گذشته:					
	تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	هیچ وقت
					SF10- احساس آرامش و امنیت داشته‌اید؟
					SF11- خود را پر از انرژی احساس می‌کرده‌اید؟



SF12- خود را غمگین و افسرده احساس می کرده‌اید؟					
LS. رضایت از زندگی					
کاملاً مخالفم	تقریباً مخالفم		تقریباً موافقم	کاملاً موافقم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LS1- زندگی من در اکثر موارد به آرمانهایم نزدیک بوده است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LS2- شرایط زندگی من عالی است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LS3- از زندگی ام راضی هستم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LS4- تا کنون هر آنچه را که در زندگی میخواستم به دست آوردم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LS5- اگر میتوانستم زندگی دوباره داشته باشم تقریباً هیچ چیز را تغییر نمی دادم

LO. تنهایی			
خیر	کما بیش	بلی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LO1- بطور کلی احساس پوچی می کنم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LO2- عده بسیاری هستند که که می توانم بهنگام مشکلات به آنها تکیه کنم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LO3- افراد زیادی هستند که می توانم کاملاً به آنها اعتماد کنم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LO4- دلم برای دور هم بودن تنگ می شود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LO5- به تعداد کافی افرادی هستند که احساس نزدیکی به آنها می کنم
			LO6- اغلب احساس طردشدگی دارم

پاسخ	ANX. اضطراب (Iranian Version – HADS)
<input type="checkbox"/>	ANX1- آیا طی هفته گذشته تنش داشتید؟ ۱-بیشتر اوقات      ۲-اغلب اوقات      ۳-بعضی اوقات      ۴-هیچ وقت
<input type="checkbox"/>	ANX2- آیا دچار احساس نگرانی از احتمال وقوع یک اتفاق ناگوار برای خود هستید؟ ۱-بلی صد در صد و به صورت خیلی بد      ۲-بله ولی نه خیلی ۳-کمی ولی نگرانم نمی کند      ۴-اصلاً
<input type="checkbox"/>	ANX3- آیا افکار نگران کننده از ذهن شما می گذرد؟ ۱-تقریباً همیشه (ولی نه همیشه)      ۲-اکثر اوقات      ۳-بعضی اوقات      ۴-گهگاهی (خیلی کم)



<input type="checkbox"/>	ANX4- آیا می توانید آسوده بنشینید و احساس راحتی کنید؟ ۱-بلی صد در صد ۲-اغلب اوقات ۳-به ندرت ۴-اصلاً
<input type="checkbox"/>	ANX5- آیا احساس ترس یا چیزی شبیه دلشوره به شما دست می دهد؟ ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	ANX6- آیا احساس عدم آسودگی و بی قراری می کنید؟ ۱-بله صد در صد ۲-خیلی زیاد ۳-نه خیلی زیاد ۴-اصلاً
<input type="checkbox"/>	ANX7- آیا به طور ناگهانی احساس ترس و دلهره می کنید؟ ۱-بله تقریباً همیشه ۲-بله اغلب اوقات ۳-بله خیلی کم ۴-اصلاً

پاسخ	CES - افسردگی
<input type="checkbox"/>	CES1- با چیزهایی که معمولاً محل آسایش من نیستند، دچار پریشانی شده بودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES2- طی هفته گذشته در متمرکز کردن افکارم بر روی کاری که انجام میدادم دچار مشکل بودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES3- طی هفته گذشته احساس افسردگی می کردم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES4- طی هفته گذشته احساس می کردم هر کاری که انجام می دادم تلاشی بی فایده بود. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES5- طی هفته گذشته به آینده امیدوار نبودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES6- طی هفته گذشته احساس ترس می کردم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES7- طی هفته گذشته خوابم بی قرار و نا آرام بود. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES8- طی هفته گذشته خوشحال و شادمان نبودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES9- طی هفته گذشته احساس تنهایی می کردم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
<input type="checkbox"/>	CES10- طی هفته گذشته توانایی پیگیری کارهایم را نداشتم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه



## کیفیت خواب (PSQI) Pittsburgh Sleep Quality Index

<b>در طی یکماه گذشته</b>				
معمولاً شبها چه ساعتی به رختخواب رفته اید؟ (ساعت/ دقیقه)				
SQ1.1. روزهای غیر تعطیل				
SQ1.2. روزهای تعطیل				
SQ2- از زمانی که به رختخواب می رفتید، چند دقیقه طول می کشید تا خوابتان ببرد؟.....				
معمولاً صبحها چه ساعتی از خواب بیدار می شدید؟				
SQ3.1 - روزهای غیر تعطیل				
SQ3.2 - روزهای تعطیل				
SQ4.1- میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت بوده است؟				
SQ4.2- چند ساعت در رختخواب بوده اید؟				
<b>در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته اید؟</b>				
هیچ (صفر)	کمتر از یکبار در هفته	۱-۲ بار در هفته	۳ بار در هفته	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ5-در عرض ۳۰ دقیقه نمی توانستید بخواب بروید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ6-نیمه های شب یا صبح زود از خواب بیدار می شدید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ6-مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ7-نمی توانستید به راحتی نفس بکشید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ8-سرفه می کردید یا با صدای بلند خروپف می کردید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ9-احساس می کردید خیلی سردتان است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ10-احساس می کردید خیلی گرمتان است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ11-کابوس می دیدید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ12-درد داشتید.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ13-اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد ذکر شده مشکل داشته اید. دلایل شما.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ14-در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب آور یا آرام بخش مصرف کرده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SQ15-در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن بهنگام رانندگی یا خوردن غذا یا فعالیت های اجتماعی مشکل داشتید؟



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>SQ16-در طول ماه گذشته چند بار در حفظ شور و شوق انجام کارها مشکل داشته اید؟</p>
خیلی بد	نسبتاً بد	نسبتاً خوب	خیلی خوب	<p>SQ17-در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>خواب Berlin Questionnaire</b>				
<input type="checkbox"/>	<p>SB1- آیا شما هنگام خواب خر و پف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم)</p>			
<p>در صورتی که پاسخ شما به سوال اول مثبت است سوالات ۲ تا ۵ را جواب دهید و در غیر این صورت به سوال ۶ بروید</p>				
<input type="checkbox"/>	<p>SB2- شدت صدای خر و پف شما در چه حد است؟</p> <p>۱. کمی بلندتر از صدای نفس کشیدن عادی است.</p> <p>۲. به بلندی صدای صحبت کردن عادی است.</p> <p>۳. بلندتر از صدای صحبت کردن عادی است.</p> <p>۴. خیلی بلند (قابل شنیدن از اتاق مجاور اتاق خواب)</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>SB3- دفعات خر و پف شما چگونه است؟</p> <p>۱. تقریباً هر روز</p> <p>۲. سه تا چهار بار در هفته</p> <p>۳. یکی دو بار در هفته</p> <p>۴. یکی دو بار در ماه</p> <p>۵. هرگز یا تقریباً هرگز</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>SB4- آیا خر و پف شما سبب اذیت اطرافیان می شود؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم)</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>SB5- آیا تا بحال کسی به شما گفته که در حین خواب نفستان قطع میشود؟</p> <p>۱. تقریباً هر روز</p> <p>۲. سه تا چهار بار در هفته</p> <p>۳. یکی دو بار در هفته</p> <p>۴. یکی دو بار در ماه</p> <p>۵. هرگز یا تقریباً هرگز</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>SB6- هر چند وقت یک بار پس از بیدار شدن از خواب احساس خستگی و کوفتگی می کنید؟</p> <p>۱. تقریباً هر روز</p> <p>۲. سه تا چهار بار در هفته</p> <p>۳. یکی دو بار در هفته</p> <p>۴. یکی دو بار در ماه</p> <p>۵. هرگز یا تقریباً هرگز</p>			
<input type="checkbox"/>	<p>SB7- در زمان بیداری روزانه، آیا احساس خستگی یا کوفتگی یا احساس غیرعادی بودن می کنید؟</p> <p>۱. تقریباً هر روز</p>			







مرحله ششم (VI): یک بار ارایه فهرست واژه های ب (B) به توالی یکدیگر، و ثبت پاسخ به ترتیبی که فرد بازگو می کند.

امتیاز	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
فهرست B	بانک	دست	کارت	پارچ	گاو	شال	برگ	توپ	آش	عطر	پل	شمع	کیف	ابر	میز	
پاسخ																

مرحله هفتم و هشتم (VII و VIII): درخواست از فرد برای یادآوری و تکرار واژه های فهرست A یکبار بلافاصله پس از اتمام مرحله شش و یکبار پس از گذشت ۳۰ دقیقه.

امتیاز	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
مرحله VII: یادآوری فهرست A بلافاصله پس از اتمام فهرست B																
پاسخ																
مرحله VIII: فهرست A پس از گذشت ۳۰ دقیقه																
پاسخ																

مرحله نهم (IX): بازشناسی: واژه های فهرست A را از بین کلمات زیر پیدا کرده و دور آنها خط بکشید:

بانک	اسب	سوپ	شمع	باغ	فرش	کارد	دوست	عطر	کت	شاخ	توپ	سنگ	کیف	رنگ
برگ	قیف	چوب	بو	ماه	لامپ	آش	میخ	دست	تانک	شال	پول	نان	پارچ	ظرف
مار	گاو	آرد	برف	چتر	کفش	دود	ابر	فیلم	ببر	عکس	کارت	آب	طبل	پا
میز	پوست	مو	پل	گل										
امتیاز:														





مرحله ششم (VI): یک بار ارایه فهرست واژه های ب (B) به توالی یکدیگر، و ثبت پاسخ به ترتیبی که فرد بازگو می کند.

امتیاز	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
فهرست B	کش	تاب	گنج	کف	خال	بوغ	یخ	خرس	چسب	هل	نوک	باد	گوشت	بیل	سیب	
پاسخ																

مرحله هفتم و هشتم (VII و VIII): درخواست از فرد برای یادآوری و تکرار واژه های فهرست A یکبار بلافاصله پس از اتمام مرحله شش و یکبار پس از گذشت ۳۰ دقیقه.

امتیاز	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
مرحله VII: یادآوری فهرست A بلافاصله پس از اتمام فهرست B																
پاسخ																
مرحله VIII: فهرست A پس از گذشت ۳۰ دقیقه																
پاسخ																

مرحله نهم (IX): بازشناسی: واژه های فهرست A را از بین کلمات زیر پیدا کرده و دور آنها خط بکشید:

قرص	بار	کوه	کش	مرغ	سیب	مبل	عاج	فوت	گوشت	کاج	چای	بیل	میل	نخ
خار	مهر	پنج	چسب	دوغ	یاس	خرس	کور	برق	چاه	تاب	قند	ریش	گنج	سوت
کف	دام	نیش	هل	تخم	بام	فیل	یخ	ماست	کیک	بید	خال	تاج	گل	بوغ
										کف	باد	باند	نوک	یار
امتیاز:														



عملکردهای مشاهده ای					
Hand Grip Test (قدرت چنگش دست)					
دست چپ			دست راست		
سنجش سوم	سنجش دوم	سنجش اول	سنجش سوم	سنجش دوم	سنجش اول
<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد		<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	
	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....			اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....	
10 seconds stand (ایستادن ۱۰ ثانیه ای)					
Side by side					
<input type="text"/> . <input type="text"/>		مدت زمان ایستادن (ثانیه) .....			
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد				
<input type="checkbox"/>	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....				
Semi-Tandem					
<input type="text"/> . <input type="text"/>		مدت زمان ایستادن (ثانیه) .....			
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد ۲. خیر				
<input type="checkbox"/>	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....				
Tandem					



<input type="checkbox"/>	مدت زمان ایستادن (ثانیه) .....
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
<input type="checkbox"/>	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....
<b>Repeated chair number (نشست و برخاست از صندلی)</b>	
<input type="checkbox"/>	زمان کامل شدن ۵ بار نشست و برخاست (ثانیه)
<input type="checkbox"/>	تعداد نشست و برخاست در ۳۰ ثانیه
<input type="checkbox"/>	اگر کمتر از ۵ بار انجام شد تعداد آن: .....
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
<input type="checkbox"/>	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....
<b>Timed Up and Go Test</b>	
<input type="checkbox"/>	مدت زمان انجام (ثانیه) .....
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
<input type="checkbox"/>	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....
<b>4 meter walk</b>	
<input type="checkbox"/>	مدت زمان انجام (ثانیه) .....
<input type="checkbox"/>	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
<input type="checkbox"/>	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر .....



فرم سنجش جسمی			
Test	Reading	آیا تست کامل شد؟	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟
		۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر.
قد	□□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*دمیسپن	□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قد محاسبه شده	□□□.□	دمیسپن در صورتی انجام شود که اندازه گیری قد ممکن نیست	
*طول اولنا	□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قد محاسبه شده	□□□.□	طول اولنا زمانی اندازه گیری شود که اندازه گیری قد ممکن نیست دمیسپن هم ممکن نیست	
*قد زانو	□□.□	<input type="checkbox"/>	
قد محاسبه شده	□□□.□	قد زانو در صورتی انجام شود که اندازه گیری قد ممکن نیست دمیسپن و اولنا هم ممکن نیست	
دور کمر	□□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دور باسن	□□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دور مچ دست	□□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
دور گردن	□□□.□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نتایج بادی آنالایزر پیوست گردد			



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. 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"/>
L8. کنترل دخل و خرج	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

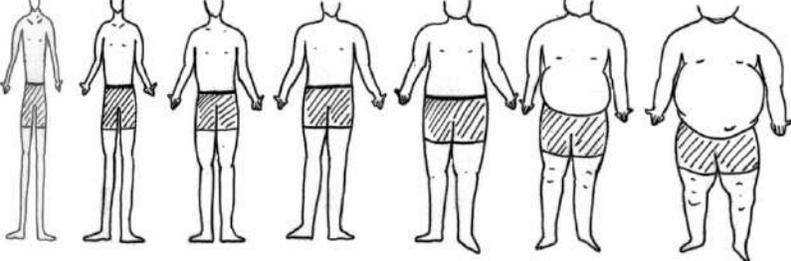
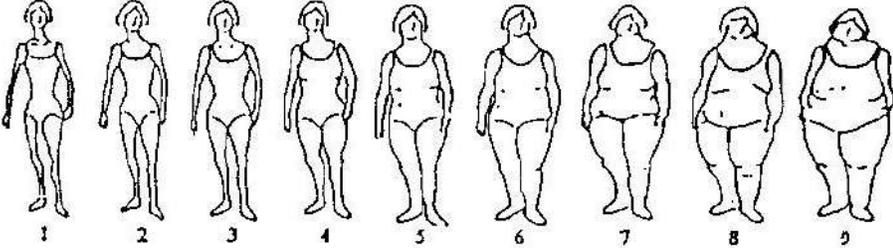
M. فعالیت	مستقل	با کمی کمک دیگران	کاملاً وابسته
M1. غذا خوردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M2. پوشیدن و درآوردن لباس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M3. حمام کردن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M4. رفتن یا بیرون آمدن از تخت یا رختخواب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M5. دستشویی رفتن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M6-1. کنترل ادرار *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> گاهی اتفاق می افتد	<input type="checkbox"/>
M6-2. کنترل مدفوع *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> گاهی اتفاق می افتد	<input type="checkbox"/>



## 0. محدودیت عملکرد فیزیکی

آیا بخاطر وضعیت سلامتی تان هریک از فعالیتهای زیرمحدود شده است کرده است؟

فعالیت	بله زیاد محدود شده است	کمی محدود شده است	اصلا محدود نشده است
01. فعالیتهای شدید مانند دویدن و یا ورزش سنگین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. فعالیتهای متوسط مانند جارو برقی کشیدن ورزشهایی مانند گلف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. با لا رفتن از چندین راه پله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. بالارفتن از یک راه پله	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. حمل یا بلند کردن ساک خرید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. راه رفتن به فاصله یک کیلومتر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. راه رفتن بفاصله ۵۰۰ متر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. راه رفتن بفاصله ۱۰۰ متر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. خم شدن، زانو زدن یا دو لا شدن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
010. حمام کردن یا لباس پوشیدن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Body image</b>									
<b>Males : Please select your body image when:</b>									
1. 15 years of age	<input type="checkbox"/>								
2. 25 years of age	<input type="checkbox"/>								
3. 35 years of age	<input type="checkbox"/>								
4. 45 years of age	<input type="checkbox"/>								
5. 55 years of age	<input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table> 		1	2	3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7			
<b>Females: Please select your body image when:</b>									
1. 15 years of age	<input type="checkbox"/>								
2. 25 years of age	<input type="checkbox"/>								
3. 35 years of age	<input type="checkbox"/>								
4. 45 years of age	<input type="checkbox"/>								
5. 55 years of age	<input type="checkbox"/>								
6. Before the first pregnancy	<input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> <p>Women</p>  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">7</div> </div>		1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8		
Are you shorter NOW than when you were in your 20s or 30s?	<input type="checkbox"/>								
Yes									
No									
How tall were you without shoes on at about age 25? (cm) If you don't remember exactly give your best estimate.	<input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
When you were about 10 years old, compared to average, would you describe yourself as:									



Shorter Taller similar	<input type="checkbox"/>
Thinner Plumper similar	<input type="checkbox"/>
If your hair is naturally grey now, at about what age did your hair begin to go grey?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## شکستگی استخوان / استئوپوروز / سقوط (زمین خوردن)

Frac1 - آیا تا بحال شکستگی استخوان داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



سقوط (زمین خوردن)	
<input type="checkbox"/>	Fall1- آیا در طی ۱۲ ماه گذشته زمین خورده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall2- در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار زمین خورده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall3- آیا حداقل یکی از این زمین خوردن ها بدون دلیل خاصی بوده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall4- آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بخاطر زمین خوردن به مراکز درمانی / پزشک مراجعه نموده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall5- در طی ۱۲ ماه گذشته آیا بدنبال زمین خوردن دچار شکستگی شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall6- آیا بدنبال زمین خوردگی دچار جراحت/ صدمه دیگری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی چه صدمه ای؟ .....
<input type="checkbox"/>	Fall7- آیا بدنبال زمین خوردگی در بیمارستان بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی تاریخ ان؟.....
<input type="checkbox"/>	Fall8- آیا تا بحال غش/ ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall9- در طی ۱۲ ماه گذشته چندبار غش/ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟(۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall10- آیا از اینکه زمین بخورید می ترسید؟ ۱. تاحدودی ۲. خیلی زیاد ۳. خیر
<input type="checkbox"/>	Fall11- آیا بخاطر ترس از زمین خوردن فعالیت های شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Fall12- وقتی راه می روید احساس: ۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید ۵-نمیدانم
<input type="checkbox"/>	Fall13- وقتی می ایستید احساس: ۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید ۵-نمیدانم
<input type="checkbox"/>	Fall14- وقتی از صندلی بلند می شوید احساس: ۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید
تعویض مفصل	
<input type="checkbox"/>	Joint1- آیا تا بحال تعویض مفصل داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Joint2- اگر بلی سن تعویض مفصل؟
<input type="checkbox"/>	Joint3- اگر بلی کدام مفصل شما تعویض شده است؟ ۱. هیپ یکطرفه ۲. هیپ دو طرفه ۳. زانو یکطرفه ۴. زانو دو طرفه
<input type="checkbox"/>	Joint4- دلیل این تعویض مفصل چه بوده است؟ ۱. آرتريت ۲. شکستگی ۳. آرتريت و شکستگی ۴. نمی دانم ۵. سایر .....



## سابقه جراحی

<input type="checkbox"/>	Surg 1 - 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"/>	Surg1.1
<input type="checkbox"/>	.....	۵	<input type="checkbox"/>	Surg1.2
<input type="checkbox"/>	.....	۶	<input type="checkbox"/>	Surg1.3

ماهانه	دوهفتگی	هفتگی	بیشتر روزها	هرگز	هر چند وقت یکبار مشکلات زیر را تجربه می کنید؟
<input type="checkbox"/>	Complain 1 - خونریزی لثه				
<input type="checkbox"/>	Complain 2 - اشکال در بلع				
<input type="checkbox"/>	Complain 3 - ریفلاکس/سوزش سردل				
<input type="checkbox"/>	Complain 4 - یبوست				
<input type="checkbox"/>	Complain 5 - نفخ/گازهای روده ای				
<input type="checkbox"/>	Complain 6 - اسهال				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Bowl 1 - چند بار اجابت مزاج در روز/یا در هفته دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
بار در هفته	بار در روز				

R. سوالات تاریخچه باروری (مختص زنان)	
<input type="checkbox"/>	R1- سن شروع قاعدگی (به سال): (اگر نمی دانند ، عدد ۸۸ را وارد نمائید. اگر هرگز پریود نشده عدد ۸۹ وارد شود) .....
<input type="checkbox"/>	R2- سن یائسگی: (به سال) (اگر نمی دانند ، عدد ۸۸ را وارد نمائید. اگر هنوز یائسه نشده عدد ۸۹ وارد شود)
<input type="checkbox"/>	R3- آیا منوپوز (یائسگی) بطور طبیعی بوده است؟ (۱. بلی (۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	R4- تعداد حاملگی های قبلی:
<input type="checkbox"/>	R5- تعداد زایمانهای موالید زنده :
<input type="checkbox"/>	R6 سابقه مرده زایی (۱. بلی (۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	R7- سابقه تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم: (۱. بلی (۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	R8- سابقه حاملگی خارج رحمی: (۱. بلی (۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	R9- سن مادر بهنگام اولین حاملگی :
<input type="checkbox"/>	R10- سن مادر بهنگام آخرین حاملگی:
<input type="checkbox"/>	R11- سن مادر هنگام اولین تولد نوزاد زنده :
<input type="checkbox"/>	R12- تعداد سقط :



<input type="checkbox"/>	R13- سن بهنگام اولین سقط
<input type="checkbox"/>	R14- مجموع مدت شیردهی (برحسب ماه) :
	<input type="checkbox"/> فرزند اول
	<input type="checkbox"/> فرزند دوم
	<input type="checkbox"/> فرزند سوم
	<input type="checkbox"/> فرزند چهارم
	<input type="checkbox"/> فرزند پنجم
	<input type="checkbox"/> فرزند ششم
<input type="checkbox"/>	R15- سابقه برداشتن تخمدان: (۱. دارد، یکطرفه ۲. دارد، دوطرفه ۳. ندارد)
<input type="checkbox"/>	R16- سن در زمان برداشتن تخمدان (به سال) :
<input type="checkbox"/>	R17- سابقه توبکتومی: <input type="checkbox"/> ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد
<input type="checkbox"/>	R18- سابقه هیستریکتومی: <input type="checkbox"/> ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد
<input type="checkbox"/>	R19- سن به سال در زمان هیستریکتومی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R20- سابقه نازایی: <input type="checkbox"/> ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد
<input type="checkbox"/>	R21- سابقه مصرف داروهای مرتبط با نازایی: <input type="checkbox"/> ۱- دارد <input type="checkbox"/> ۲- ندارد
<input type="checkbox"/>	R22- داروهای ضد بارداری (خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم، ... ) مصرف می کرده/می کند؟ <input type="checkbox"/> ۱- بلی <input type="checkbox"/> ۲- خیر

در صورت بلی لطفا جدول زیر را کامل کنید.

روش پیشگیری	۱-بلی ۲- خیر	از سن	تا سن	مدت زمان
قرصهای پیشگیری از بارداری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
ایمپلنت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
تزریق پروژسترون طولانی مدت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
وسایل داخل رحمی (IUD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماه <input type="checkbox"/>



R23- داروهای جایگزینی هورمونی (استروژن، پروژسترون) مصرف می کرده/می کند؟

۱- بلی  ۲- خیر  ۳- نمی دانم

مدت زمان استفاده (ماه)	تا سن	از سن	در صورت بلی، نوع داروی مورد استفاده (در صورتی که به خاطر دارید)
□□	□□	□□	
□□	□□	□□	
□□	□□	□□	

R24- سابقه غربالگری سرطان پستان یا دهانه رحم دارد؟

۱- بلی  ۲- خیر  ۳- نمی دانم

در صورت بلی، جدول ذیل تکمیل شود:

نوع غربالگری	بلی	سن آخرین تست	دفعات تست
معاینه پستان توسط پزشک/ماما	□	□□	□
ماموگرافی	□	□□	□
پاپ اسمیر	□	□□	□

### RM. سوالات تاریخچه باروری (مختص مردان)

RM1- آیا تابحال صاحب فرزند شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

RM2- اگر خیر دلیل آن چه بوده است؟

۱. عقیمی/ناباروری خود وی ۲. عقیمی/ناباروری همسر ۳. هرگز ازدواج نکرده

RM3- سن بهنگام اولین ازدواج:

RM4- تعداد فرزندان:

RM5- سن پدر هنگام تولد اولین فرزند.....

RM6- آیا وازکتومی انجام داده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

RM7- اگر بلی، سن بهنگام وازکتومی

### دخانیات

Smok1 - آیا شما در طول زندگیتان حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

Smoke2 - آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟

۱. بلی روزانه ۲. بلی گاهی اوقات ۳. خیر

Smoke2.1 اگر بلی اولین سیگار را بطور منظم از چه سنی شروع کردید؟

 سال

Smoke2.2 بطور متوسط چند نخ در شبانه روز سیگار می کشیده یا می کشید؟

 بار

Smoke2.2 اگر دیگر سیگار نمی کشید از چه سنی سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده اید؟

 سال



مصرف سیگار را از زمان آغاز مصرف فهرست نمایید:

\*نوع (۱- سیگار کارخانه ای ۲- سیگار دست ساز ۳- سیگار برگ)

روز در هفته Smoke2.7	تعداد در روز Smoke2.6	نوع • Smoke2.5	تا سن Smoke2.4	از سن Smoke2.3
□	□□	□	□□	□□
روز در هفته Smoke2.12	تعداد در روز Smoke2.11	نوع • Smoke2.10	تا سن Smoke2.9	از سن Smoke2.8
□	□□	□	□□	□□
روز در هفته Smoke2.17	تعداد در روز Smoke2.16	نوع • Smoke2.15	تا سن Smoke2.14	از سن Smoke2.13
□	□□	□	□□	□□

Smoke3 - آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده/هستید؟  
(۱. بلی ۲. خیر)

روز □□  
هفته □□

Smoke3.1 - اگر بلی

چند ساعت در روز ..... چند ساعت در هفته.....

Smoke4 - آیا شما در تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

روز □□  
هفته □□

Smoke4.1 - اگر بلی

چند ساعت در روز ..... چند ساعت در هفته.....

Smoke5 - آیا در دوران کودکتان فردی در خانوادۀ شما سیگار می کشیده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)

Hooka1 - آیا تاکنون قلیان استفاده کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید (\* نوع تنباگویی را که بیشتر استفاده نموده اید را ذکر نمایید.....)

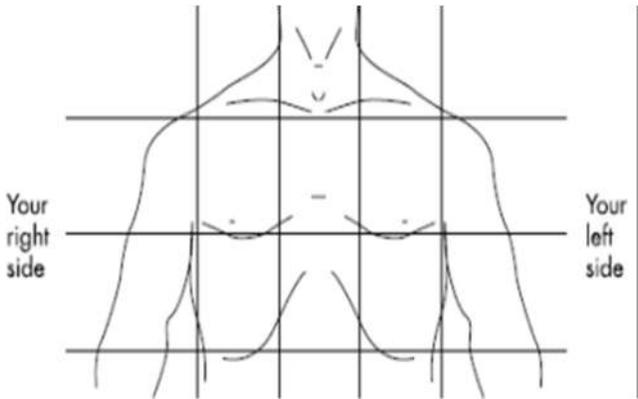
نوع مصرف	مدت زمان مصرف (به سال)	دفعات معمول روزانه	روز در هفته	توضیحات اگر تفنی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود
قلیان	Hooka1.1	Hooka1.2	Hooka1.3	Hooka1.4
	□□	□□	□	

Pipe1 - آیا تاکنون پیپ استفاده کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید





سیستم قلبی عروقی - قلب (پرسشنامه "WHO Rose")	
<input type="checkbox"/>	Heart 1 - آیا تا بحال هر گونه درد یا ناراحتی در قفسه سینه خود داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 2 - آیا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن در سربالایی یا عجله است؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. با عجله راه نمی روم و یا از سربالایی بالا نمی روم )
<input type="checkbox"/>	Heart 3 - آیا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن معمولی است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 3-1 - در صورت بلی چند قدم راه بروید دچار درد قفسه سینه می شود؟ متر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Heart 4 - وقتی که بهنگام راه رفتن دچار این درد می شوید چه می کنید؟ ۱. می ایستم یا هسته تر راه می روم ۲. از نیتروگلیسرین استفاده می کنم و به همان صورت قلبی ادامه می دهم ۳. نامشخص ۴. امتناع
<input type="checkbox"/>	Heart 5 - اگر بایستید آیا بهتر می شود یا خیر؟ ۱. بهتر می شود ۲. فرقی نمی کند ۳. امتناع ۴. نامشخص
<input type="checkbox"/>	Heart 6 - در چه مدت زمانی بهتر می شود؟ ۱،۱۰ دقیقه و کمتر ۲. بیشتر از ۱۰ دقیقه ۳. امتناع از پاسخ ۴. نامشخص
<input type="checkbox"/>	Heart 7 - به این تصویر نگاه کنید و دقیقاً به من بگویید کجا/ها احساس درد می کنید (چند نقطه هم می تواند انتخاب شود) 
<input type="checkbox"/>	Heart 8 - آیا تا بحال دردی در جلوی قفسه سینه اشته اید که نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 9 - آیا پزشک تا بحال به شما گفته است که حمله قلبی یا سکته قلبی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Heart 10 - چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار حمله یا سکته قلبی شده اید؟
<input type="checkbox"/>	Heart 11 - آیا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 12 - آیا در طی یکسال گذشته بخاطر مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟



	(۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 13- آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که آنژین صدری (درد قفسه سینه بخاطر بیماری قلبی) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 14- چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار آنژین صدری هستید؟
<input type="checkbox"/>	Heart 15- آیا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جاوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 16- آیا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 17- آیا تابحال جراحی بایپس کرونر، آنژیو پلاستی (استنت/ یا بالون) برای بیماری قلبی تان داشته اید؟ ۱. بای پس عروق کرونر ۲. آنژیوپلاستی (استنت/بالون آنژیوپلاستی)
<input type="checkbox"/>	Heart 18- آیا تابحال آنژیوگرافی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 19- آیا تابحال پزشک به شما گفته است گرفتگی شریانی (رگهای قلبتان) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 20- آیا تابحال تورم/ ادم در هر دو مچ پا داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 21- آیا تابحال پزشک به شما گفته است نارسایی قلبی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 22- چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار نارسایی قلبی هستید؟
<input type="checkbox"/>	Heart 23- آیا بخاطر این مشکل قلبی (نارسایی قلبی) از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 24- آیا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان (نارسایی قلبی) در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Heart 25- آیا تابحال پزشک به شما گفته است ریتم قلبی غیر نرمال دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
	<b>پرفشاری خون (هایپر تانسیون)</b>
<input type="checkbox"/>	BP1- آیا تابحال پزشک به شما گفته است فشارخون بالا یا پرفشاری خون دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	BP2- چند ساله بودید که پزشک به شما برای اولین بار گفت که پرفشاری خون دارید؟ سال <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BP3- آیا در حال حاضر برای فشارخون بالا دارو مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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)



## معاینه قلبی

- S3 Gallop
- S4 Gallop
- Systolic Click
- Neck vein distension at 30 and 45 degrees (sitting upright)
- Irregular pulse

0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 9 =Unk.

**Systolic murmur(s)** if yes, fill below

**Murmur Grade**

0=No sound

1 to 6 = for grade of sound heard 9=Unk

**Diastolic murmur(s)** 0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk.

## Physical Exam--Peripheral Vessels

## Lower Extremity Abnormalities

Right

Left

**Stem varicose veins** (Do not code reticular or spider varicosities)

(0=No abnormality 1=Yes 9=Unk.)



**Ankle edema**

(0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 8=absent due to amputation 9=Unk.)



**Amputation level**

(0=No, 1=Toes only, 2=Foot, 3=below Knee, 4=above Knee, 5= Other, write in \_\_\_\_\_, 9=Unk.)



**Artery**

**Pulse** 1=Present 2=Abnormal 9=Unk.

Right

Left

Femoral



Popliteal



Post Tibial



Dorsalis Pedis



نظر پزشک معاینه کننده:



سیستم تنفسی				
محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سن تشخیص	۱. بلی ۲. خیر	Res1 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را بپرید) دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Res 1.1 - آسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Res 1.2 - برونشیت مزمن
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Res 1.4 - آمفیزم
سایر بیماریهای تنفسی				
<input type="checkbox"/>	Res 2 - آیا تا بحال بیماری دیگر تنفسی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید .....			
<input type="checkbox"/>	Res 3 - آیا تا بحال جراحی قفسه سینه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید .....			
<input type="checkbox"/>	Res 4 - آیا در حال حاضر برای مشکل ریوی (تنفسی) اکسیژن دریافت می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Res 5 - آیا بخاطر این مشکل تنفسی هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Res 6 - آیا در ۱۲ ماه گذشته بجز سرماخوردگی یا برای صاف کردن گلو، سرفه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Res 7 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته باسرفه صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
سال <input type="checkbox"/>	اگر پاسخ شما به یکی از سوالات ۶ و ۷ مثبت است Res 8 - آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Res 9 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقعی که سرماخورده بوده اید خلط داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Res 10 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته باخلط صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	اگر پاسخ شما به یکی از سوالات ۹ و ۱۰ مثبت است Res 11 - آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
سال <input type="checkbox"/>	Res 12 - چند سال است که با خلط سینه مشکل دارید؟			
<input type="checkbox"/>	Res 13 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خس خس یا صدای مانند سوت در سینه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Res 14 - اگر بلی هر چند وقت یکبار این مشکل را داشتید؟ ۱. بیشتر روزها و شبها ۲. چند روز یا شب در هفته			



	<p>۳. چند روز یا شب در ماه</p> <p>۴. چند روز یا شب در سال</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 15 - آیا شما این خس خس یا صدای مانند سوت در سینه را در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقع سرماخوردگی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 16 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دچار حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه شده اید که باعث تنگی نفس بشود؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 17 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 18 - آیا بهنگام تند راه رفتن در سطح صاف یا بالارفتن از سربالای دچار تنگی نفس می شوید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 19 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام استراحت روزانه دچار حمله تنگی نفس شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 20 - آیا شما باید بهنگام راه رفتن معمولی برای تجدید تنفس بایستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 21 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام فعالیت شدید دچار تنگی نفس شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 22 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با تنگی نفس از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 23 - آیا دچار قطع تنفس در موقع خواب هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 24 - اگر بلی</p> <p>۱. آیا اطرافیان متوجه قطع تنفس شما شده اند</p> <p>۲. خودتان بدلیل وقف تنفس از خواب بیدار می شوید</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 25 - آیا شبها احساس نامطبوع در پاها از قبیل گزگز، گرما، کرخ شدن دارید که مانع بخواب رفتن شما بشود؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p>
<p>۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/></p> <p>۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/></p>	<p>Res 26 - این احساس نامطبوع با کدام یک از روش / روشهای زیر برطرف/کم می شود؟</p> <p>۱. راه رفتن ۲. مالیدن ۳. خاراندن ۴. بالا گرفتن پاها ۵. غیره.....</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Res 27 - آیا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل تنفسی تان استفاده می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)</p> <p>اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکل تنفسی تان را نام ببرید یا نشان دهید.</p> <p>۱.</p> <p>۲.</p> <p>۳.</p>



## معاینه ریوی

**Inspection/Observation**

0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 9=Unk

- Kyphosis**
- scoliosis**
- Pectus Cannatum**
- Pectus Excavantum**
- Barrel chest**
- Cyanosis of nail bed**
- Clubbing**

قطر قدامی خلفی قفسه سینه به سانتی متر:.....

قطر عرضی قفسه سینه به سانتیمتر:.....

0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 9=Unk.

Right

Left

 **Normal** **Wheezing on auscultation** **Rales/ Crackles** **Abnormal breath sounds**

نظر پزشک معاینه کننده:



ارزیابی نورولوژیکی				
محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سن تشخیص	۱. بلی ۲. خیر	Neuro1 - آیا تابحال پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را بپسندید) دارید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuro1.1 - سکته مغزی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuro1.2 - مینی استروک (TIA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuro1.3 - صرع
<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Neuro1.5 - سردرد میگرنی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuro1.6 - مشکل حافظه/دمانس/الزایمر
اپیزودهای عروق مغزی (۰=خیر، ۱. بلی، ۲. شاید/احتمالا ۳. نمی دانم)				
مدت زمان داشتن این علامت		Neuro2 - آیا تابحال هر کدام از علائم زیر را داشته اید؟		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.1 - <input type="checkbox"/> ضعف عضلانی ناگهانی		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.2 - <input type="checkbox"/> اختلال تکلم ناگهانی		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.3 - <input type="checkbox"/> کاهش ناگهانی دید		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.4 - <input type="checkbox"/> دو بینی ناگهانی		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.5 - <input type="checkbox"/> از دست دادن ناگهانی دید یک چشم		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.6 - <input type="checkbox"/> کرختی و گزگز ناگهانی در اندام		
<input type="checkbox"/> بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.7 - <input type="checkbox"/> از دست دادن ناگهانی درک صحبت دیگران		
بیماری پارکینسون / علائم پارکینسون				
<input type="checkbox"/>	Neuro3 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است بیماری پارکینسون دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	Neuro4 - چند ساله بودید وقتی پزشک به شما گفت این بیماری را دارید؟			
<input type="checkbox"/>	Neuro5 - آیا تحت درمان دارویی هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
Neuro6 - می توانید نام داروهایی را که استفاده می کنید بمن بگویید یا آنها را بمن نشان دهید؟				
.۱				
.۲				
.۳				
<input type="checkbox"/>	Neuro7 - آیا لرزش اندام تان وقتی که در حالت استراحت هستید بیشتر است یا وقتی که کاری انجام می دهید؟			
.۱ در حال استراحت				
.۲ هنگام استفاده/ کار				



<input type="checkbox"/>	Neuro8- آیا دست خط تان کوچکتر از قبل شده است؟
<input type="checkbox"/>	Neuro9- آیا در بستن دکمه مشکل دارید؟
<input type="checkbox"/>	Neuro10- آیا دستها یا پاهایتان می لرزد؟
<input type="checkbox"/>	Neuro11- آیا مردم می گویند که نسبت به قبل صدای شما نازک تر شده است؟
<input type="checkbox"/>	Neuro12- آیا پاهایتان ناگهانی قفل می کند؟
<input type="checkbox"/>	Neuro13- آیا مجبورید قدمهای کوتاه بردارید وقتی راه می روید چون پاهایتان می لرزد؟
<input type="checkbox"/>	Neuro14- آیا تعادل ضعیفی دارید؟
<input type="checkbox"/>	Neuro15- آیا صورتتان نسبت به قبل کمتر حالت می گیرد؟
<input type="checkbox"/>	Neuro16- آیا برخاستن از صندلی برایتان مشکل است؟

## مشکلات ادراری

## Revised Urinary Incontinence Scale (RUIS)

خیلی زیاد	متوسط	بطور جزئی	اصلا	یا شما هر کدام از مشکلات زیر را دارید اگر بلی به چه میزان باعث ناراحتی شما شده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUIS 1 - نشت ادراری به دلیل فوریت در دفع ادرار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUIS 2 - نشت ادراری به هنگام فعالیت فیزیکی، سرفه یا عطسه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUIS 3 - سوزش یا ناراحتی به هنگام دفع ادرار
<input type="checkbox"/>	RUIS 4 - هر چند وقت یکبار شما دچار نشت ادراری می شوید؟ ۱. هیچوقت ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در هفته ۵. هر روز/ شب			
<input type="checkbox"/>	RUIS 5 - چه مقدار ادرار در هر نوبت دفع می کنید؟ ۱. چند قطره ۲. مقداری کمی ۳. زیاد			
<input type="checkbox"/>	RUIS6- آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خارج از کنترل خود ادرار داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	RUIS 7 - آیا تا به حال این مشکل ادراری به پزشک / نرس/ماما مراجعه کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
<input type="checkbox"/>	RUIS 8 - آیا بخاطر مشکل نشت ادراری فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟ (۱. بلی ۲. خیر)			

## Urinary Tract Infection (UTI) عفونت ادراری

<input type="checkbox"/>	UTI1- آیا تا بحال عفونت ادراری داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	UTI1- اگر بلی چند بار ...
<input type="checkbox"/>	UTI1- اگر بلی آخرین بار کی بوده است؟ (تاریخ ذکر شود تا دقت ماه)
<input type="checkbox"/>	UTI1- آیا تا به حال این مشکل عفونت ادراری به پزشک مراجعه کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Otherurin1- آیا دارو های مدر مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Otherurin2- آیا داروهای مدر را در وعده عصر یا شب مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Otherurine3- از ساعت ۷ عصر تا آخر شب چند استکان چایی مصرف می کنید؟



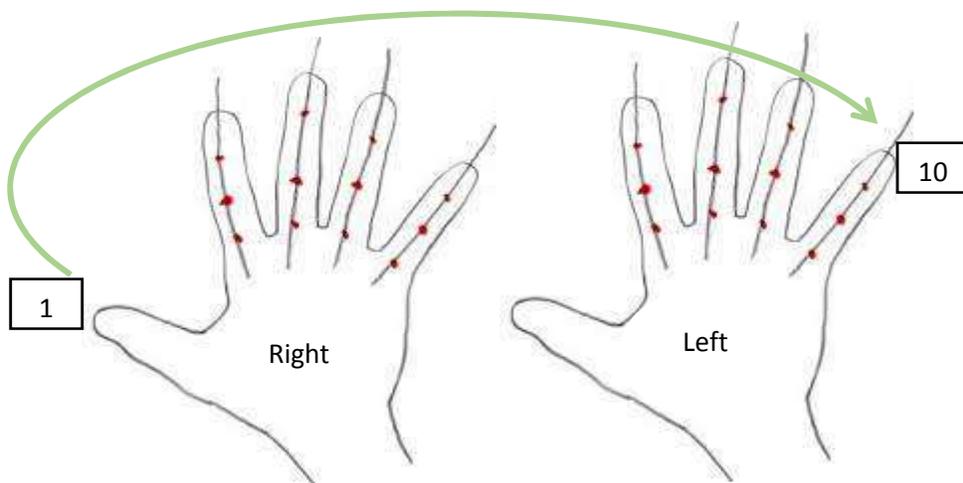
علائم و نشانه های مربوط به پروستات (مردان)(IPSS)						
تقریباً همیشه	بیشتر از نصف دفعات	در حدود نصف دفعات	کمتر از نصف موارد	کمتر از بار در هر ۵ بار	هیچوقت	آیا در طی ماه گذشته هریک از مشکلات زیر را داشته اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPSS1 احساس تخلیه ناکامل مثانه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPSS1 جریان ضعیف ادراری
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPSS1 فوریت در دفع ادرار بطوریکه نمی توانستید آن را عقب بیندازید
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPSS1 قطع و وصل شدن جریان ادرار در طی ادرار کردن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPSS1 زور زدن برای شروع ادرار کردن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPSS1 فوریت در دفع ادرار در کمتر از ۲ ساعت از نوبت قبل
<input type="checkbox"/>	IPSS1 بطور کلی وضعیت ادرار کردن خود را در حال حاضر چطور توصیف می کنید؟ ۱. خیلی خوب    ۲. خوب    ۳. قابل قبول    ۴. نه خوب نه بد ۵. تقریباً بد    ۶. خیلی بد    ۷. وحشتناک					
<b>غربالگری پروستات (مردان)(Pscreen)</b>						
<input type="checkbox"/>	Pscreen1 آیا تابحال آزمایش خونی برای چک کردن بیماری پروستات (آنتی ژن اختصاصی پروستات) انجام داده اید ( این آزمایش از طرف برخی از پزشکان برای بررسی وجود بیماری پروستات تجویز می شود)؟ ( ۱. بلی    ۲. خیر)					
<input type="checkbox"/>	Pscreen2 اگر بلی تاریخ آخرین تست					
<input type="checkbox"/>	Pscreen3 آیا تابحال اندازه پروستات در بررسی سونوگرافی تشخیص داده شده است؟ ( ۱. بلی    ۲. خیر)					
<input type="checkbox"/>	Pscreen4 اگر بلی تاریخ آن در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه .....					
<input type="checkbox"/>	Pscreen5 آیا تابحال پزشک به شما گفته است که یک غده پروستات بزرگ شده دارید؟ ( بزرگی خوش خیم پروستات)؟ ( ۱. بلی    ۲. خیر) در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه .....					
<input type="checkbox"/>	Pscreen5 اگر بلی ، آیا درمانی برای شما انجام شده است؟ نام داروها ذکر شود.....					

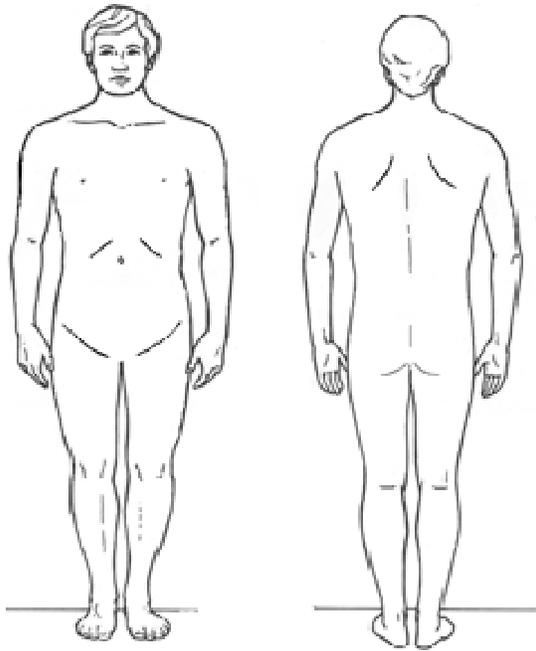
ارتریت / استئو آرتريت

Pain 1 - آیا تا کنون در هر جایی از بدن خود احساس درد / سفتی (خشکی) / تورم / درد در اثر فشار که حداقل یکماه طول کشیده باشد داشته / دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

Pain 2 - می توانید بگویید بیشترین درد / سفتی / تورم / درد در اثر فشار را در کجای بدنتان احساس می کنید / کرده اید؟ ( به شکلهای زیر نگاه کنید و محل آن را نشان دهید) برای درد روی شکل علامت +، تورم علامت \* و برای سفتی (خشکی) علامت # بگذارید) مفصل مشخص شود در اشکال یا در صورت درد مفصلی روی شکل مفصل نشان داده شود

- ۱ .....
- ۲ .....
- ۳ .....
- ۴ .....
- ۵ .....
- ۶ .....
- ۷ .....
- ۸ .....
- ۹ .....
- ۱۰ .....



سفتی (خشکی)	تورم	درد	
		سر <input type="checkbox"/>	
گردن <input type="checkbox"/>		گردن <input type="checkbox"/>	
شانه (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	شانه (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	شانه (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	
پشت <input type="checkbox"/>		پشت <input type="checkbox"/>	
آرنج (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	آرنج (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	آرنج (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	
مچ دست (راست/ چپ) <input type="checkbox"/>	مچ دست (راست/چپ) <input type="checkbox"/>	مچ دست (راست/چپ) <input type="checkbox"/>	
مهره های کمری <input type="checkbox"/>		مهره های کمری <input type="checkbox"/>	
زانو (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	زانو (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	زانو (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	
مچ پا (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	مچ پا (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	مچ پا (راست- چپ) <input type="checkbox"/>	
کف پا و انگشتان پا <input type="checkbox"/>	کف پا و انگشتان پا <input type="checkbox"/>	کف پا و انگشتان پا <input type="checkbox"/>	



<input type="checkbox"/> مفاصل لگن	<input type="checkbox"/> مفاصل لگن درد هیپ با ساکروایلیاک	<input type="checkbox"/> مفاصل لگن درد هیپ با ساکروایلیاک	
<input type="checkbox"/> هیپ درد قدامی ران/ساکروایلیاک ناحیه گلوئتال است)		<input type="checkbox"/> هیپ درد قدامی ران/ساکروایلیاک ناحیه گلوئتال است)	
سایر ذکر شود	سایر ذکر شود	سایر ذکر شود	
<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>	Pain 3 - چه مدتی است که این مشکل راداشته/ دارید؟ (به سال)		
<input type="checkbox"/>	Pain 4 - آیا این درد/سفتی (خشکی)/ تورم/ درد در اثر فشار را در طی ۷ روز گذشته داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)		
سن <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pain 5 - اگر در هفت روز گذشته مشکل نداشته اید و در گذشته داشته اید آیا می توانید بمن بگویید در چه سالی/ یا سنی این درد/سفتی/تورم/ درد در اثر فشار را برای اولین بار داشته اید؟		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pain 6 - چه مدت زمانی این مشکل طول کشیده است؟		
<input type="checkbox"/>	Pain 7 - آیا درد در صبحها؟ (۱. بیشتر بوده/ است ۲. کمتر بوده/ است ۳. فرقی نداشته/ ندارد)		
<input type="checkbox"/>	Pain 8 - آیا درد با فعالیت؟ (۱. بیشتر می شده/ می شود ۲. کمتری شده/ می شود ۳. فرقی نداشته/ ندارد)		
<input type="checkbox"/>	Pain 9 - آیا درد بعد از خواب رفتن شما را از خواب بیداری کرده/ می کند؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی چه ساعتی حدودا بیدار می شوید؟.....		
<input type="checkbox"/>	Pain 10 - آیا با خاطر این مشکل (درد/سفتی (خشکی)/درد در اثر فشار) هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده بود/شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pain 11 - یک خط عمودی در نقطه ای که بهترین توصیف شدت درد شما باشد روی خط زیر بکشید؟ (از یک تا ۱۰ شماره گذاری شود) <b>(صفر) اصلادردی ندارم</b> <b>(۱۰) بیشترین درد قابل تصور</b>		
<input type="checkbox"/>	Pain 12 - شدت دردی را که بیاد می آورید یا در حال حاضر دارید چگونه توصیف می نمائید؟ ۱. خفیف ۲. ناراحت کننده ۳. آزاردهنده ۴. طاقت فرسا ۵. کشنده		
<input type="checkbox"/>	Pain 13 - آیا هر گونه دارویی/ اقدامی برای کنترل آن مصرف کرده/ می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)		
	Pain 14 - آیا می توانید نام داروها یا اقداماتی را که برای کاهش/رفع آن انجام داده اید نام ببرید (یا بمن نشان دهید در صورتی که در حال حاضر درمان دارویی می گیرید)؟ ..... .....		
<input type="checkbox"/>	Pain 15 - آیا پزشک به شما گفته است که استئو آرتروز/آرتروز دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)		



<input type="checkbox"/>	Pain 16 - آیا پزشک به شما گفته است که آرتريت/ روماتیسم مفصلی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Pain 17 - در چه سنی به شما گفته شد که آرتريت/ روماتیسم مفصلی دارید؟
	Pain 18 - آیا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
<input type="checkbox"/>	Pain 19 - آیا حادثه و ضربه ای (منظور کشیدگی عضله یا جراحی) قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. به خاطر نمی آورم)
<input type="checkbox"/>	Pain 20 - در صورت بلی، چه حادثه ای قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟ ۱. عدم تعادل و افتادن حین حرکت ۲. تصادف و ساییل نقلیه ۳. سقوط ۴. ضربه و یا برخورد جسمی سخت به شما ۵. سایر .....
<input type="checkbox"/>	Pain 21 - کدامیک از موارد زیر را دارید؟ Pain 21-1 - درد ژنرالیزه (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی مدت آن .....
<input type="checkbox"/>	Pain 21-2 - احساس سرما در بدن (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی مدت آن .....
<input type="checkbox"/>	Pain 21-3 - عدم تحمل سرما (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی مدت آن .....
<input type="checkbox"/>	Pain 21-4 - خستگی و کوفتگی صبحگاهی (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی مدت آن .....
<input type="checkbox"/>	Pain 21-5 - فقدان انرژی کافی (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی مدت آن .....



سابقه سایر بیماریها				
آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که (نام موارد ذیل برده شود) دارید؟				
گوارش				
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
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				
کبد چرب				
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.



سابقه مصرف داروها							
D1- داروهای قلبی و پرفشاری خون							
نام دارو	بلی	روزانه	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- دیگوسکین	<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	روزانه	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- گلیبین 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	روزانه	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 فیبروزیل	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D5-2- خوراکی	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D5-3- موضعی	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D6- داروهای گوارشی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
H <sub>2</sub> Blocker -D6-1	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
PPIs -D6-2	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D6-3- کلینیدیوم - سی	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D6-4- سایر .....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D7- آنتی بیوتیک ها							
نام دارو	بلی	روزانه	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	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D8-1- استامینوفن	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D8-2- استامینوفن کدئین	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D8-3- ایبوپروفن	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D8-4- دیکلوفناک	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Levothyroxine -D8-5	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
MTX -D8-6	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Hydroxychloroquine -D8-7	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D8-8- Sulfasalazine /	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D8-9- ایندومتاسین	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D8-10- ناپروکسن	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D9- سایر (نام ببرید)							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D9-1	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D9-2	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
D9-3	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				



مصرف مکمل های خوراکی					
مدت (به ماه)	ماهانه	هفتگی	روزانه	بلی	نام مکمل
<input type="checkbox"/>	S1- مولتی ویتامین با مینرال				
<input type="checkbox"/>	S2- مولتی ویتامین (بدون مینرال)				
<input type="checkbox"/>	S3- ویتامین ب کمپلکس				
<input type="checkbox"/>	S4- ویتامین ب ۱۲				
<input type="checkbox"/>	S5- ویتامین ب ۶				
<input type="checkbox"/>	S6- ویتامین E				
<input type="checkbox"/>	S7- اسید فولیک				
<input type="checkbox"/>	S8- ویتامین D (قرص □ آمپول □)				
<input type="checkbox"/>	S9- کلسیم				
<input type="checkbox"/>	S10- امگا ۳ / روغن ماهی				
<input type="checkbox"/>	S11- آهن (فروسولفات / ففول)				
<input type="checkbox"/>	S12- روی یا زینک (زینک سولفات / زینک گلوکونات)				
<input type="checkbox"/>	S13- سایر مکمل ها (ذکر شود)				
<input type="checkbox"/>	S13.1				
<input type="checkbox"/>	S13.2				
<input type="checkbox"/>	S13.3				