

சுகாதாரம் குறித்த வினாத்தாள்

பின்வரும் கேள்விகளுக்கு தயவுசெய்து பதிலளியுங்கள், இது தங்கள் உடல் நலன் குறித்து கண்டறிய பயன்படும். தங்கள் பதிவிடும் விவரங்கள் இரகசியமாக வைக்கப்படும்.

1	ஆய்வு எண்:	
2	வயது (வருடம்):	
3	கைபேசி எண்:	

4	எத்தனை வருடம் CMC யில் நீங்கள் பாதுகாவலராக பணிபுரிகிறீர்கள்?	
5	நீங்கள் மருத்துவமனை கட்டிடத்திற்கு உள்ளே அல்லது வெளியே வேலை செய்கிறீர்கள்?	<input type="checkbox"/> உள்ளே <input type="checkbox"/> வெளியே <input type="checkbox"/> இரண்டும் உள்ளே மற்றும் வெளியே
6	ஒரு நாளில் எத்தனை மணி நேரம் நீங்கள் கடும் சூரிய ஒளியில் வேலை செய்ய வேண்டியுள்ளது?	
7	வேலை செய்யும் போது நீங்கள் போதுமான தண்ணீர் குடிக்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> 1 லிட்டருக்கு குறைவாக <input type="checkbox"/> 1-2 லிட்டர் அல்லது <input type="checkbox"/> 2 லிட்டருக்கு மேல்
8	நீங்கள் மருத்துவர் அல்லது செவிலியர் அல்லது சுகாதார தொழிலாளி மூலம் இரத்த அழுத்தம் அல்லது உயர் இரத்த அழுத்தம் எப்போதாவது ஏற்பட்டுள்ளதாக சொல்லப்பட்டிருக்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
9	நீங்கள் இரத்த அழுத்தத்திற்காக ஏதேனும் மருந்துகளையும் எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்

10	நீங்கள் மருத்துவர் அல்லது சுகாதாரப் பணியாளர் மூலம் உங்களுக்கு இரத்த சர்க்கரை அல்லது நீரிழிவு நோய் ஏற்பட்டுள்ளதாக சொல்லப்பட்டிருக்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
11	நீங்கள் நீரிழிவுக்காக (சர்க்கரை நோய்) ஏதேனும் மருந்துகளையும் எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
12	நீங்கள் மருத்துவர் அல்லது சுகாதாரப் பணியாளர் மூலம் உங்களுக்கு சிறுநீரக நோய் ஏற்பட்டுள்ளதாக சொல்லப்பட்டிருக்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
13	உங்களுக்கு எப்போதாவது சிறுநீரக கற்கள் இருந்துள்ளதா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
14	கீழ்க்காணும் எந்த ஒரு நடவடிக்கையாவது நீங்கள் வழக்கமாக எடுத்துக் கொள்கிறீர்களா? (பொருந்தும் அனைத்தையும் தேர்வுசெய்க) <input type="checkbox"/> வலி நிவாரணி <input type="checkbox"/> மூலிகை மருந்துகள் <input type="checkbox"/> ஆயுர்வேத மருந்துகள் <input type="checkbox"/> வயிர் எரிச்சலுக்கான மருந்துகள்	
15	நீங்கள் வழக்கமாக இரவில் சிறுநீர் கழிப்பதற்கென 3 அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட முறை எழுந்திருக்கிறீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
16	தினசரி சிகரெட்டுகள் அல்லது பீடிகளை புகைக்கும்பழக்கம் உடையவரா? <input type="checkbox"/> இல்லை நான் புகைபிடித்ததில்லை <input type="checkbox"/> நான் முன்பு புகைபிடிப்பேன் <input type="checkbox"/> நான் இப்போது தினமும் புகைப்பிடிக்கிறேன்	
17	எத்தனை சிகரெட் / பீடிகளை தினசரி புகைப்பிடித்தீர்கள்?	

18	மொத்தத்தில் எத்தனை ஆண்டுகளாக நீங்கள் சிகரெட் அல்லது பீடிகளை புகைபிடித்தீர்கள்?	
19	நீங்கள் எப்போதாவது மது/மது வகைகளை அருந்தியதுண்டா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
20	கடந்த 12 மாதங்களில், நீங்கள் குறைந்தபட்சம் எவ்வளவு நாட்களுக்கு ஒரு முறை மது அருந்துவதுண்டு? <input type="checkbox"/> தினசரி <input type="checkbox"/> வாரத்திற்கு 5-6 நாள் <input type="checkbox"/> வாரத்திற்கு 3-4 நாள் <input type="checkbox"/> வாரத்திற்கு 1-2 நாள் <input type="checkbox"/> மாதத்திற்கு 1-3 முறை <input type="checkbox"/> மாதத்திற்கு ஒருமுறைக்கும் குறைவாக <input type="checkbox"/> ஒருபோதும் இல்லை	
21	கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் மது குடித்தபோது, சராசரியாகக் எத்தனை மதுபானங்கள் அருந்துவீர்கள்?	
22	உங்கள் உணவுக்கு எத்தனை முறை அதிக உப்பு சேர்க்கிறீர்கள்? <input type="checkbox"/> எப்போதும் <input type="checkbox"/> பெரும்பாலும் <input type="checkbox"/> சில நேரங்களில் <input type="checkbox"/> அரிதாகத்தான் <input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> தெரியாது	
23	உங்கள் வேலையில் குறைந்தபட்சம் 10 நிமிடங்கள் தொடர்ச்சியாக அதிக எடை தூக்கும் வேலையாக உள்ளதா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்

24	உங்களுடைய வேலைக்குச் செல்ல குறைந்தபட்சம் 10 நிமிடங்களுக்கு நீங்கள் நடப்பது அல்லது சைக்கிள் பயன்படுத்துகிறீர்கள்?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்
25	உங்கள் வேலையைத் தவிர வேறெதுவுமில்லாமல் உடற்பயிற்சி அல்லது நடைப்பயிற்சி செய்வீர்களா?	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்

(26) உங்கள் குடும்பத்தில் உள்ள யாராவது பின்வரும் நோயால் பாதித்துள்ளனரா?

நோய்		ஆம் என்றால், உறவை குறிப்பிடுக
நீரிழிவு / சர்க்கரை நோய்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்	
உயர் இரத்த அழுத்தம்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்	
சிறுநீரக நோய்	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்	
மாரடைப்பு	<input type="checkbox"/> இல்லை <input type="checkbox"/> ஆம்	