

हल एयरवे रिफ्लक्स प्रश्नावली

नाम: _____

जन्मतिथि: _____ यूनिट संख्या: _____

परीक्षण की तारीख: _____

कृपया प्रत्येक प्रश्न के लिए उपयुक्त प्रतिक्रिया चुनें

पिछले एक महीने में, निम्न समस्याओं ने आपको कितना प्रभावित किया है?						
0 = कोई समस्या नहीं 5 = गंभीर/ बार-बार होने वाली समस्या						
कर्कशता या आपकी आवाज़ में समस्या	0	1	2	3	4	5
अपना गला साफ़ करना	0	1	2	3	4	5
आपकी नाक या गले के पीछे कुछ टपकने का एहसास	0	1	2	3	4	5
खाँसी आने पर गला दबना या उल्टी आना	0	1	2	3	4	5
पहली बार लेटने या झुकने पर खाँसी आना	0	1	2	3	4	5
खाँसते समय सीने में जकड़न या घरघराहट	0	1	2	3	4	5
सीने में जलन, अपचन, पेट का एसिड ऊपर आना (या क्या आप इसके लिए दवाइयाँ लेते हैं, यदि हां तो स्कोर 5)	0	1	2	3	4	5
आपके गले में गुदगुदी होना या आपके गले में गांठ होना	0	1	2	3	4	5
खाते समय खाँसी आना (खाने के दौरान या उसके तुरंत बाद)	0	1	2	3	4	5
कुछ खास चीज़ें खाते समय खाँसी आना	0	1	2	3	4	5
सुबह बिस्तर से उठते समय खाँसी आना	0	1	2	3	4	5
गाने या बोलने की वजह से होने वाली खाँसी (उदाहरण के लिए, टेलीफोन पर)	0	1	2	3	4	5
नींद में होने की बजाय जागे हुए होने पर ज़्यादा खाँसना	0	1	2	3	4	5
आपके मुँह में अजीब सा स्वाद आना	0	1	2	3	4	5

कुल स्कोर _____ /70