

## హల్ ఎయిర్వే రీఫ్లెక్స్ ప్రశ్నావళి

పేరు: \_\_\_\_\_

పుట్టిన తేదీ: \_\_\_\_\_ యూనిట్ నెంబర్: \_\_\_\_\_

టెస్ట్ తేదీ: \_\_\_\_\_

దయచేసి ప్రతి ప్రశ్నకు అత్యంత సముచితమైన సమాధానమును ఎంపిక చేయండి

గడిచిన నెల లోపున, ఈ క్రింది సమస్యలు మిమ్మల్ని ఎలా ప్రభావితం చేశాయి?						
0 = ఏ సమస్య లేదు మరియు 5 = తీవ్రమైన/తరచూ సమస్య						
బొంగురు స్వరం లేదా మీ స్వరంతో సమస్య ఏర్పడటం	0	1	2	3	4	5
మీ గొంతును సరి చేసుకోవడం	0	1	2	3	4	5
మీ ముక్కు వెనుక వైపున లేదా గొంతులో ఏదో కొంత బొట్టుబొట్టుగా పడుతున్న భావన	0	1	2	3	4	5
మీరు దగ్గినప్పుడు గరగర లేదా వాంటి	0	1	2	3	4	5
మొదట పడుకున్నప్పుడు లేదా క్రిందికి వంగినప్పుడు దగ్గు	0	1	2	3	4	5
ఛాతీ బిగుసుకుపోవడం లేదా దగ్గుతున్నప్పుడు గుర్తు శబ్దం	0	1	2	3	4	5
గుండె మంట, అజీర్ణం, కడుపులో నుండి ఆసిడ్ త్రేన్సు రావడం (లేదా దీని కోసం మీరు మందులు తీసుకుంటూ ఉన్నారా, ఔను అయితే 5 స్కోర్ చేయండి)	0	1	2	3	4	5
మీ గొంతులో ఒక గిలిగింత లేదా గడ్డ	0	1	2	3	4	5
తినడంలో దగ్గు (భోజనం చేసేటప్పుడు లేదా ఆ తర్వాత వెంటనే)	0	1	2	3	4	5
కొన్ని ఆహార పదార్థాల వల్ల దగ్గు	0	1	2	3	4	5
ఉదయం నిద్ర లేచిన వెంటనే దగ్గు రావడం	0	1	2	3	4	5
పాడటం లేదా మాట్లాడడం ద్వారా వచ్చిన దగ్గు (ఉదాహరణకు, టెలిఫోన్ పైన)	0	1	2	3	4	5
నిద్రలో ఉన్నప్పుటికంటే మేల్కొని ఉన్నప్పుడు ఎక్కువగా దగ్గు	0	1	2	3	4	5
మీ నోటిలో ఒక వింత రుచి	0	1	2	3	4	5

మొత్తం స్కోరు \_\_\_\_\_ /70

**Copyright of the University of Hull and is available for use for free for research purposes, but requires a license for commercial purposes**

Version 5, July 2009

English (US)