

ہل اینروے ریفلکس سوالنامہ

نام: _____

تاریخ پیدائش: _____ یونٹ نمبر: _____

تاریخ معائنہ: _____

براہ کرم ہر سوال کے لیے موزوں ترین جواب کے گرد دائرہ لگائیں

گزشتہ مہینہ کے دوران، درج ذیل مسائل نے آپ کو کس طرح اور کس حد تک متاثر کیا؟ 0 = بالکل نہیں اور 5 = شدید/مسلسل						
5	4	3	2	1	0	آواز کا بیٹھنا
5	4	3	2	1	0	گلا صاف کرنا
5	4	3	2	1	0	حلق میں نزلہ گرنا
5	4	3	2	1	0	متلی محسوس ہونا / کھانسی کے دوران الٹی
5	4	3	2	1	0	لیٹتے یا جھکنے سے کھانسی
5	4	3	2	1	0	سینے کی جکڑن یا کھانسی کے دوران سیٹیوں کی آواز
5	4	3	2	1	0	سینے کی جلن، بدبھمی، تیز ابیت - یا اگر آپ ان میں سے کسی کے لیے کوئی دوائی لے رہے ہیں تو (5) کے گرد دائرہ لگائیں
5	4	3	2	1	0	حلق میں گدگدی یا سرسراہٹ / گھٹن
5	4	3	2	1	0	کھانے کے دوران یا فوراً بعد کھانسی
5	4	3	2	1	0	بعض اشیاء خوراک سے کھانسی
5	4	3	2	1	0	صبح بستر سے اٹھتے وقت کھانسی
5	4	3	2	1	0	گانے یا اونچا بولنے سے کھانسی (مثلاً فون پر گفتگو کے دوران)
5	4	3	2	1	0	جاگنے کی دوران زیادہ کھانسی
5	4	3	2	1	0	منہ میں عجیب سا ذائقہ

حاصل کردہ نمبر: 70/ _____