

ಹಲ್ ಏರ್‌ವೇ ರಿಫ್ಲೆಕ್ಸ್ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ

ಹೆಸರು: _____

ಡಿಬಿ: _____ ಯೂನಿಟ್ ಸಂಖ್ಯೆ: _____

ಪರೀಕ್ಷೆಯ ದಿನಾಂಕ: _____

ದಯವಿಟ್ಟು ಪ್ರತಿ ಪ್ರಶ್ನೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸೂಕ್ತವಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿ

ಕಳೆದ ತಿಂಗಳೊಳಗೆ, ಈ ಕೆಳಗಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ನಿಮ್ಮ ಮೇಲೆ ಹೇಗೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿವೆ?

0 = ಯಾವುದೇ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಲ್ಲ ಮತ್ತು 5 = ತೀವ್ರ/ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಸಮಸ್ಯೆ

ಕರ್ಕಶ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಧ್ವನಿಯಲ್ಲಿ ಸಮಸ್ಯೆ	0	1	2	3	4	5
ನಿಮ್ಮ ಗಂಟಲನ್ನು ಸ್ವಚ್ಛಗೊಳಿಸುವುದು	0	1	2	3	4	5
ನಿಮ್ಮ ಮೂಗು ಅಥವಾ ಗಂಟಲಿನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಏನೋ ತೊಟ್ಟಿಕ್ಕುತ್ತಿರುವ ಭಾವನೆ	0	1	2	3	4	5
ನೀವು ಕೆಮ್ಮುವಾಗ ಗಂಟಲು ಕಟ್ಟುವುದು ಅಥವಾ ವಾಂತಿಯಾಗುವುದು	0	1	2	3	4	5
ಮೊದಲು ಮಲಗಿರುವಾಗ ಅಥವಾ ಬಾಗುವಾಗ ಕೆಮ್ಮು	0	1	2	3	4	5
ಕೆಮ್ಮುವಾಗ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಗಿತ ಅಥವಾ ಉಬ್ಬಿಸ	0	1	2	3	4	5
ಎದೆಯುರಿ, ಅಜೀರ್ಣ, ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲ ಹೊರಬರುವುದು (ಅಥವಾ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನೀವು ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೀರಾ, ಹೌದು ಆಗಿದ್ದರೆ ಅಂಕ 5)	0	1	2	3	4	5
ನಿಮ್ಮ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಕಚಗುಳಿ ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಗಡ್ಡೆ	0	1	2	3	4	5
ತಿನ್ನುವಾಗ ಕೆಮ್ಮು (ಊಟದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ)	0	1	2	3	4	5
ಕೆಲವು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವಾಗ ಕೆಮ್ಮು	0	1	2	3	4	5
ನೀವು ಬೆಳಗ್ಗೆ ಹಾಸಿಗೆಯಿಂದ ಎದ್ದಾಗ ಕೆಮ್ಮು	0	1	2	3	4	5
ಹಾಡುತ್ತಿರುವಾಗ ಅಥವಾ ಮಾತನಾಡುತ್ತಿರುವಾಗ ಕೆಮ್ಮು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ (ಉದಾಹರಣೆಗೆ, ದೂರವಾಣಿಯಲ್ಲಿ)	0	1	2	3	4	5

ನಿದ್ದೆಮಾಡುತ್ತಿರುವಾಗಿನಂತೆ ಎಚ್ಚರವಾದಾಗ ಕೆಮ್ಮುವುದು ಹೆಚ್ಚು	0	1	2	3	4	5
ನಿಮ್ಮ ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ವಿಚಿತ್ರವಾದ ರುಚಿ	0	1	2	3	4	5

ಒಟ್ಟು ಅಂಕಗಳು _____ /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)