



ردیف	آیتم / سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	نام و نام خانوادگی	فرم ثبت نام- فرم A	A1	متن
۲	تاریخ مصاحبه (روز، ماه، سال شمسی)	فرم ثبت نام- فرم A	A2	عدد (روز، ماه، سال شمسی)
۳	مکان مصاحبه (استان)	فرم ثبت نام- فرم A	A3	متن
۴	مکان مصاحبه (شهر)	فرم ثبت نام- فرم A	A3.1	متن
۵	چه کسی به پرسشنامه پاسخ می دهد؟	فرم ثبت نام- فرم A	A4	۱. شرکت کننده ۲. اعضای خانواده (بعنوان نماینده) ۳. سایر
۶	دلیل برای نماینده کامل کننده پرسشنامه نوشته شود	فرم ثبت نام- فرم A	A5	متن
۷	ارتباط وی (نماینده کامل کننده پرسشنامه) با مصاحبه شونده	فرم ثبت نام- فرم A	A6	متن
۸	اگر نماینده (همراه) در پاسخدهی به سوالات مشارکت می کند، چه کسی بیشترین سوالات را پاسخ می دهد	فرم ثبت نام- فرم A	A7	۱. فرد شرکت کننده پاسخها را به نماینده یا همراهش می گوید ۲. نماینده یا همراه با قضاوت شخصی به سوالات پاسخ می دهد
۹	آیا فرد دیگری از خانواده به غیر از خود شرکت کننده در این مطالعه حضور دارد؟	فرم ثبت نام- فرم A	A8	۱. بلی ۲. خیر
۱۰	ارتباط وی (شرکت کننده در مطالعه) با مصاحبه شونده	فرم ثبت نام- فرم A	A9	متن
۱۱	نام و نام خانوادگی مصاحبه گر	فرم ثبت نام- فرم A	A10	متن
۱۲	کد مصاحبه گر	فرم ثبت نام- فرم A	A11	عدد
اطلاعات تماس- فرم B				
۱۳	نام و نام خانوادگی	اطلاعات تماس- فرم B	B1	متن
۱۴	کد ملی	اطلاعات تماس- فرم B	B2	عدد
۱۵	کد پستی	اطلاعات تماس- فرم B	B3	عدد
۱۶	شماره شناسنامه	اطلاعات تماس- فرم B	B4	عدد



۱۷	شماره تلفن منزل	اطلاعات تماس- فرم B	B5	عدد
۱۸	شماره تلفن همراه	اطلاعات تماس- فرم B	B6	عدد
۱۹	آدرس	اطلاعات تماس- فرم B	B7	متن
۲۰	نام و نام خانوادگی: اعضای خانواده/دوستان (فرد اول)	اطلاعات تماس- فرم B	B8	متن
۲۱	ارتباط وی (فرد اول) با مصاحبه شونده	اطلاعات تماس- فرم B	B9	متن
۲۲	آدرس	اطلاعات تماس- فرم B	B10	متن
۲۳	شماره تلفن منزل	اطلاعات تماس- فرم B	B11	عدد
۲۴	شماره تلفن همراه	اطلاعات تماس- فرم B	B12	عدد
۲۵	نام و نام خانوادگی: اعضای خانواده/دوستان (فرد دوم)	اطلاعات تماس- فرم B	B13	متن
۲۶	ارتباط وی (فرد دوم) با مصاحبه شونده	اطلاعات تماس- فرم B	B14	متن
۲۷	آدرس	اطلاعات تماس- فرم B	B15	متن
۲۸	شماره تلفن منزل	اطلاعات تماس- فرم B	B16	عدد
۲۹	شماره تلفن همراه	اطلاعات تماس- فرم B	B17	عدد
دموگرافیک- فرم C				
۳۰	جنسیت	دموگرافیک- فرم C	C1	۱. مرد ۲. زن
۳۱	تاریخ تولد: (روز، ماه، سال شمسی)	دموگرافیک- فرم C	C2	عدد (روز، ماه، سال شمسی)
۳۲	مکان تولد	دموگرافیک- فرم C	C3	متن
۳۳	قومیت پدر	دموگرافیک- فرم C	C4	۱. فارس ۲. آذری ۳. بلوچ ۴. کرد ۵. لر ۶. عرب ۷. سایر



۳۴	قومیت مادر	دموگرافیک- فرم C	C5	۱. فارس ۲. آذری ۳. بلوچ ۴. کرد ۵. لر ۶. عرب ۷. سایر
۳۵	وضعیت تاهل	دموگرافیک- فرم C	C6	۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر
۳۶	چه مدتی است که شما متاهل هستید؟	دموگرافیک- فرم C	C7	عدد (سال)
۳۷	سن اولین ازدواج	دموگرافیک- فرم C	C8	عدد (سال)
۳۸	اگر متاهل هستید، چند سال است که ازدواج کرده اید؟	دموگرافیک- فرم C	C9	عدد (سال)
۳۹	اگر بیوه هستید، چند سال است که بیوه شده اید؟	دموگرافیک- فرم C	C10	عدد (سال)
۴۰	اگر مطلقه هستید، چند سال است که طلاق گرفته اید؟	دموگرافیک- فرم C	C11	
۴۱	چند سال با همسران زندگی کردید قبل از بیوه شدن/طلاق؟	دموگرافیک- فرم C	C12	عدد (سال)
شرایط زندگی- فرم D				
۴۲	بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟	شرایط زندگی- فرم D	D1	۱. به تنهایی ۲. با فرد/ افراد دیگری زندگی می کنم
۴۳	اگر تنها زندگی می کنید، چند وقت است که تنها زندگی می کنید؟	شرایط زندگی- فرم D	D2	عدد (سال)
۴۴	اگر تنها زندگی نمی کنید، بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟	شرایط زندگی- فرم D	D3	۱. با همسر ۲. با همسر و فرزند/فرزندان ۳. با فرزند ۴. با بستگان ۵. با سایرین (غیر بستگان)



۴۵	اگر تنها زندگی نمی کنید چند نفر در حال حاضر در این خانه/خانوار زندگی می کنند	شرایط زندگی - فرم D	D4	عدد (نفر)
۴۶	نام و نام خانوادگی اعضای خانواده	شرایط زندگی - فرم D	D5	متن
۴۷	رابطه با مصاحبه شونده	شرایط زندگی - فرم D	D6	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر ۵. فرزند ۶. عمه / خاله ۷. عمو / دایی ۸. پدر و مادر بزرگ ۹. سایر بستگان
۴۸	تاریخ تولد (ماه و سال)	شرایط زندگی - فرم D	D7	عدد (ماه و سال)
۴۹	جنسیت	شرایط زندگی - فرم D	D8	۱. مرد ۲. زن
۵۰	تحصیلات	شرایط زندگی - فرم D	D9	۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی / مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا
۵۱	شغل	شرایط زندگی - فرم D	D10	متن (مطابق گفته فرد درج میشود)
۵۲	وضعیت تاهل	شرایط زندگی - فرم D	D11	۱. مجرد

۲. متاهل				
۳. بیوه				
۴. مطلقه				
۵. سایر				
زندگی خانوادگی - فرم E				
۱. پدر و مادر				۵۳
۲. پدر و مادر بزرگ				
۳. عمو / عمه				
۴. برادر و خواهر				
۵. سایر بستگان				
۶. سایر	E1	زندگی خانوادگی - فرم E	چه کسی شما را بزرگ کرده است؟	
۱. بله، هر دو				۵۴
۲. بله، فقط مادر				
۳. بله، فقط پدر				
۴. خیر هر دو فوت شده اند	E2	زندگی خانوادگی - فرم E	پدر و مادر تان هنوز زنده اند؟	
متن	E3	زندگی خانوادگی - فرم E	پدر تان کجا بزرگ شده است؟	۵۵
متن	E3.1		استان	۵۶
متن	E3.2		شهر	۵۷
متن	E3.3		روستا	۵۸
شامل موارد E4.1 و E4.2 و E4.3	E4	زندگی خانوادگی - فرم E	مادر تان کجا بزرگ شده است؟	۵۹
متن	E4.1		استان	۶۰
متن	E4.2		شهر	۶۱
متن	E4.3		روستا	۶۲
۱. بیسواد				۶۳
۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه				
۳. ابتدایی				
۴. راهنمایی	E5	زندگی خانوادگی - فرم E	سطح تحصیلات پدر شما چیست؟	

۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا				
۱. بیسواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا	E6	زندگی خانوادگی - فرم E	سطح تحصیلات مادر شما چیست؟	۶۴
شامل موارد E7.1 و E7.2	E7	زندگی خانوادگی - فرم E	شغل اصلی پدر و مادر شما چیست؟	۶۵
متن (مطابق گفته فرد درج میشود)	E7.1		شغل اصلی پدر	۶۶
متن (مطابق گفته فرد درج میشود)	E7.2		شغل اصلی مادر	۶۷
۱. به سختی گذران زندگی می کردیم. ۲. برای مایحتاج اولیه پول داشتیم ۳. براحتی گذران زندگی می کردیم	E8	زندگی خانوادگی - فرم E	به زمانی فکر کنید که در خانه پدری زندگی می کردید شامل دوران نوجوانی تان، وضعیت مادی خانواده شما چگونه بود؟	۶۸
شامل موارد E9.1 و E9.2	E9	زندگی خانوادگی - فرم E	در حال حاضر پدر و مادر تان با چه کسی زندگی می کنند.	۶۹
۱. فوت کرده اند ۲. مستقل زندگی می کنند ۳. با یکی از فرزندان زندگی می کنند ۴. با بستگان زندگی می کنند	E9.1	زندگی خانوادگی - فرم E	پدر	۷۰

۵. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی با فرزند/ان دیگر زندگی می کنند ۶. در خانه سالمندان زندگی می کنند ۷. موارد دیگر ذکر شود				
۱. فوت کرده اند ۲. مستقل زندگی می کنند ۳. با یکی از فرزندان زندگی می کنند ۴. با بستگان زندگی می کنند ۵. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی با فرزندان دیگر زندگی می کنند ۶. در خانه سالمندان زندگی می کنند ۷. موارد دیگر ذکر شود	E9.2	زندگی خانوادگی - فرم E	مادر	۷۱
شامل موارد E10.1 و E10.2	E10	زندگی خانوادگی - فرم E	پدر و مادران کجا زندگی می کنند؟	۷۲
۱. در همان خانه یا ساختمان فرد شرکت کننده ۲. در همان محله ۳. در همان شهر در محله دیگری ۴. در شهر دیگر ۵. در کشور دیگر ۶. پدر و مادر فوت شده اند	E10.1	زندگی خانوادگی - فرم E	پدر	۷۳
۱. در همان خانه یا ساختمان فرد شرکت کننده ۲. در همان محله ۳. در همان شهر در محله دیگری ۴. در شهر دیگر ۵. در کشور دیگر ۶. پدر و مادر فوت شده اند	E10.2	زندگی خانوادگی - فرم E	مادر	۷۴



۷۵	هر چند وقت یکبار پدر و مادر خود را می بینید؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E11	شامل موارد E11.1 و E11.2
۷۶	پدر	زندگی خانوادگی - فرم E	E11.1	۱. هرروز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دوبار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. پدر و مادر فوت شده اند
۷۷	مادر	زندگی خانوادگی - فرم E	E11.2	۱. هرروز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دوبار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. پدر و مادر فوت شده اند
۷۸	هر چند وقت یک بار با پدرو مادر تان با تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E12	شامل موارد E12.1 و E12.2
۷۹	پدر	زندگی خانوادگی - فرم E	E12.1	۱. هرروز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دوبار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. پدر و مادر فوت شده اند
۸۰	مادر	زندگی خانوادگی - فرم E	E12.2	۱. هرروز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه

۴. چند بار در سال				
۵. یک یا دوبار در سال				
۶. تقریباً هرگز				
۷. پدر و مادر فوت شده اند				
۱. بلی				۸۱
۲. خیر	E13	زندگی خانوادگی - فرم E	در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان به پدر/ مادر یا هر دو والدین خود به واسطه مشکل جسمی در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اید؟	
۱. بلی				۸۲
۲. خیر	E14	زندگی خانوادگی - فرم E	آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته بوده است؟	
۱. مادر				۸۳
۲. پدر				
۳. هر دو	E15	زندگی خانوادگی - فرم E	چه کسی این کمک را دریافت می کند؟	
عدد (ساعت)	E16	زندگی خانوادگی - فرم E	در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسرتان به او/ آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟	۸۴
۱. بلی				۸۵
۲. خیر	E17	زندگی خانوادگی - فرم E	در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان به پدر/ مادر یا هر دو والدین خود در کارهایی مانند کارهای منزل، خرید، حمل و نقل کمک کرده اید؟	
۱. بلی				۸۶
۲. خیر	E18	زندگی خانوادگی - فرم E	آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته است؟	
۱. مادر				۸۷
۲. پدر				
۳. هر دو	E19	زندگی خانوادگی - فرم E	چه کسی این کمک را دریافت کرده است؟	
عدد (ساعت)	E20	زندگی خانوادگی - فرم E	در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسرتان به او/ آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟	۸۸
۱. بلی				۸۹
۲. خیر	E21	زندگی خانوادگی - فرم E	در طی دو سال گذشته آیا هر کدام از خواهر یا برادران شما و یا همسرشان به پدر/ مادر یا هر دو والدین تان بواسطه مشکل جسمی	



			در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اید؟	
۹۰	چه تعداد نوه دارید؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E22	عدد (نفر)
۹۱	چه تعداد نتیجه (فرزند نوه) دارید؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E23	عدد (نفر)
اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F				
۹۲	نام و نام خانوادگی	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F1	متن
۹۳	تاریخ تولد (ماه و سال شمسی)	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F2	متن
۹۴	جنسیت	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F3	۱. مرد ۲. زن
۹۵	تحصیلات	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F4	۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی / مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا
۹۶	شغل	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F5	متن (مطابق گفته فرد درج میشود.)
۹۷	وضعیت	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F6	۱. زنده ۲. متوفی
۹۸	دلیل فوت	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F7	متن



۹۹	وضعیت تاهل	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F8	۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلق ۵. سایر
۱۰۰	هر چند وقت یکبار با او از طریق تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F9	۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز ۹. متوقی
۱۰۱	هر چند وقت یکبار او را می بینید؟	اطلاعات مربوط به فرزندان - فرم F	F10	۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز ۹. متوقی
اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G				
۱۰۲	نام و نام خانوادگی	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G1	متن
۱۰۳	تاریخ تولد (ماه و سال شمسی)	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G2	متن
۱۰۴	جنسیت	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G3	۱. مرد ۲. زن

۱۰۵	تحصیلات	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G4	۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی / مدرک تجارتي ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا
۱۰۶	شغل	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G5	متن (مطابق گفته فرد درج میشود).
۱۰۷	وضعیت	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G6	۱. زنده ۲. متوفی
۱۰۸	دلیل فوت	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G7	متن
۱۰۹	وضعیت تاهل	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G8	۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلق ۵. سایر
۱۱۰	هر چند وقت یکبار با او از طریق تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	G9	۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز



۹. متوقی				
۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریبا هرگز ۹. متوقی	G10	اطلاعات مربوط به خواهران و برادران - فرم G	هر چند وقت یکبار او را می بینید؟	۱۱۱
تحصیلات / شغل - فرم H				
۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی (نا کامل) ۴. ابتدایی (کامل) ۵. راهنمایی (نا تمام) ۶. راهنمایی (سیکل) ۷. دبیرستان (نه دیپلم) ۸. دیپلم ۹. کاردانی/مدرک تجاری ۱۰. مدرک لیسانس ۱۱. کارشناسی ارشد ۱۲. دکترا	HE1	تحصیلات / شغل - فرم H	بالاترین سطح تحصیلات شما چیست؟	۱۱۲
عدد (سال)	HE2	تحصیلات / شغل - فرم H	مجموع سال های تحصیل شما چقدر است؟	۱۱۳
۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی (نا کامل) ۴. ابتدایی (کامل) ۵. راهنمایی (نا تمام) ۶. راهنمایی (سیکل)	HE3	تحصیلات / شغل - فرم H	بالاترین سطح تحصیلات همسرتان چیست؟	۱۱۴

۷. دبیرستان (نه دیپلم) ۸. دیپلم ۹. کاردانی/مدرک تجاری ۱۰. مدرک لیسانس ۱۱. کارشناسی ارشد ۱۲. دکترا				
عدد (سال)	HE4	تحصیلات/ شغل - فرم H	مجموع سال های تحصیل همسران چقدر است؟	۱۱۵
متن (مطابق گفته فرد درج میشود).	HO1	تحصیلات/ شغل - فرم H	شغل اصلی شما چیست؟ (شغلی که بیشتر سال ها بدان اشتغال داشته اید)	۱۱۶
۱. کار تمام وقت ۲. کار نیمه وقت ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده ۴. بازنشسته ۵. بیکار ۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار ۷. سایر	HO2	تحصیلات/ شغل - فرم H	وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟	۱۱۷
متن (مطابق گفته فرد درج میشود).	HO3	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر در حال حاضر مشغول به کاری هستید که بابت آن حقوق/ دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟	۱۱۸
۱. رسمی (قرارداد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر	HO4	تحصیلات/ شغل - فرم H	روش پرداخت کدام مورد است؟	۱۱۹
عدد	HO5	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر بیکار هستید، چه مدت است که بیکار شده اید؟	۱۲۰
۱. وضعیت سلامتی ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر	HO6	تحصیلات/ شغل - فرم H	دلیل اصلی شما برای بیکاری چیست؟	۱۲۱
عدد (سال)	HO7	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر شما بازنشسته هستید، در چه سنی بازنشسته شده اید؟	۱۲۲

۱۳۳	دلیل اصلی بازنشستگی شما چیست؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO8	۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی ۲. وضعیت سلامتی ۳. اخراج به علت عدم نیاز ۴. مسئولیت های خانوادگی ۵. اجباری ۶. سایر
۱۳۴	آیا شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هستید؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO9	۱. بلی ۲. خیر
۱۳۵	در صورت پاسخ مثبت در سؤال قبل به چه کارهای داوطلبانه ای، مشغول هستید؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO10	متن
۱۳۶	چند ساعت در هفته شما کار داوطلبانه می کردید؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO11	عدد (ساعت)
۱۳۷	چند سال به کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه مشغول بوده اید؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO12	عدد (سال)
۱۳۸	شغل اصلی همسر شما در طول زندگی اش چه بوده است؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO13	متن (مطابق گفته فرد درج میشود.)
۱۳۹	وضعیت اشتغال فعلی همسرتان چیست؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO14	۱. کار تمام وقت ۲. کار نیمه وقت ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده ۴. بازنشسته ۵. بیکار ۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار ۷. سایر
۱۳۰	اگر در حال حاضر مشغول به کاری می باشد که بابت آن حقوق/ دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO15	متن (مطابق گفته فرد درج میشود.)
۱۳۱	روش پرداخت کدام مورد است؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO16	۱. رسمی (قرارداد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر
۱۳۲	اگر همسرتان بیکار است، چه مدت است که بیکار شده است؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO17	عدد (سال)
۱۳۳	دلیل اصلی بیکاری او (همسر) چیست؟	تحصیلات/ شغل - فرم H	HO18	۱. وضعیت سلامتی

۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر				
عدد (سال)	HO19	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر همسر شما بازنشسته است، در چه سنی بازنشسته شده است؟	۱۳۴
۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی ۲. وضعیت سلامتی ۳. اخراج به علت عدم نیاز ۴. مسئولیت های خانوادگی ۵. اجباری ۶. سایر	HO20	تحصیلات/ شغل - فرم H	دلیل اصلی بازنشستگی همسران چیست؟	۱۳۵
۱. بلی ۲. خیر	HO21	تحصیلات/ شغل - فرم H	آیا همسر شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هست؟	۱۳۶
متن	HO22	تحصیلات/ شغل - فرم H	در صورت پاسخ مثبت در سؤال قبل به چه کارهای داوطلبانه ای، مشغول هست؟	۱۳۷
عدد (سال)	HO23	تحصیلات/ شغل - فرم H	چند ساعت در هفته همسران کار داوطلبانه می کند؟	۱۳۸
عدد (سال)	HO24	تحصیلات/ شغل - فرم H	چه مدتی است همسر شما مشغول به کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه مشغول می باشد؟	۱۳۹
شامل موارد HO25.1 تا HO25.5	HO25	تحصیلات/ شغل - فرم H	شغل هایی را که حداقل یکسال بدان مشغول بوده اید. (گر همزمان به چند شغل مشغول بوده اید یا در منزل کارهایی مانند قالی بافی، انجام می داده اید را هم ذکر نمایید.)	۱۴۰
عدد (سال)	HO25.1	تحصیلات/ شغل - فرم H	سن (شروع کار)	۱۴۱
عدد (سال)	HO25.2	تحصیلات/ شغل - فرم H	سن (پایان کار)	۱۴۲
متن (مطابق گفته فرد درج میشود.)	HO25.3	تحصیلات/ شغل - فرم H	عنوان شغل	۱۴۳
۱. نوبت روز ۲. نوبت عصر ۳. نوبت شب	HO25.4	تحصیلات/ شغل - فرم H	نوبت کاری	۱۴۴



۴. چرخشی				
۱. تمام وقت ۲. نیمه وقت ۳. اتفاقی	HO25.5	تحصیلات/ شغل - فرم H	نوع کار	۱۴۵
درآمد- فرم I				
۱. حقوق و دستمزد ۲. حقوق بازنشستگی ۳. سرمایه گذاری ۴. سود بانکی ۵. پشتیبانی از طرف فرزندان ۶. پشتیبانی از طرف پدر و مادر ۷. پشتیبانی از طرف بستگان ۸. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه) ۹. همسر ۱۰. سایر	II1	درآمد- فرم I	منبع درآمد شما چیست؟	۱۴۶
۱. حقوق و دستمزد ۲. حقوق بازنشستگی ۳. سرمایه گذاری ۴. سود بانکی ۵. پشتیبانی از طرف فرزندان ۶. پشتیبانی از طرف پدر و مادر ۷. پشتیبانی از طرف بستگان ۸. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه) ۹. همسر ۱۰. سایر	II2	درآمد- فرم I	منبع اصلی درآمد شماست؟	۱۴۷
۱. به سختی گذران زندگی می کنم ۲. کفایت نیازهای اولیه را می کند	II3	درآمد- فرم I	در مورد وضعیت مادی خود در حال حاضر فکر کنید چگونه آن را توصیف می کنید؟	۱۴۸

۳. مشکلی ندارم				
عدد (روز)	II4	درآمد- فرم I	اگر شما بازنشسته شده اید و حقوق بازنشستگی دریافت می کنید، این حقوق برای چند روز ماه کفایت گذران زندگی تان را می کند؟	۱۴۹
شامل موارد II5.1 تا II5.8	II5	درآمد- فرم I	در طی ۱۲ ماه گذشته شما کدام یک از موارد زیر را انجام داده اید؟	۱۵۰
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.1	درآمد- فرم I	برای صرفه جویی میوه و سبزی تازه نخریدم یا بندرت خرید کردم	۱۵۱
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.2	درآمد- فرم I	برای صرفه جویی گوشت/ مرغ نخریده یا بندرت خرید کردم	۱۵۲
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.3	درآمد- فرم I	لباسهای قدیمی را پوشیدم و توانایی خرید لباس جدید نداشتم	۱۵۳
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.4	درآمد- فرم I	تا زمانی که ممکن بود از خرید لباس جدید امتناع کردم	۱۵۴
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.5	درآمد- فرم I	رفتن به دکتر را به تعویق انداختم یا نرفتم تا هزینه ها را کاهش دهم	۱۵۵
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.6	درآمد- فرم I	داروها یم را نخریدم / آزمایشاتم را انجام ندادم تا هزینه ها را کاهش دهم	۱۵۶
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی) ۳. زیاد (اغلب اوقات)	II5.7	درآمد- فرم I	زمان کمتری را به تفریح گذراندم تا هزینه ها را کاهش دهم	۱۵۷
۱. هرگز ۲. کمی (گاهی)	II5.8	درآمد- فرم I	برای کاهش هزینه ها تعداد خریده ها یا رفتن به مکانهای محلی مانند مراسم ها، مسجد و.. را که نیاز به هزینه رفت و آمد داشت کم کردم	۱۵۸



کمک نقدی و غیر نقدی - فرم IF			
۱۵۹	آیا در طی ۱۰ سال گذشته آیا شما یا همسر/تان خانه، ملک، سرمایه یا مقدار قابل توجهی پول (حداقل ۲۰ میلیون تومان) را به هر کدام از فرزندان یا نوه هایتان داده اید؟	کمک نقدی به فرزندان - فرم IF	IF1
۱۶۰	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان هر گونه کمک نقدی یا مشابه آن معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به فرزندان، نوه ها یا همسرانشان کرده اید؟ * کمک نقدی مانند پول دستی دادن، اجاره و شهریه دانشجویی * مشابه آن یعنی خرید کامپیوتر/ لپ تاپ، ماشین لباسشویی، غذا و مانند آن	کمک نقدی به فرزندان - فرم IF	IF2
۱۶۱	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان هر گونه کمک نقدی به پدر/مادر یا هردو والدین کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک در نظر بگیرید)	کمک نقدی به والدین - فرم IF	IF3
۱۶۲	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان هر گونه کمک نقدی یا مشابه آن معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به پدر/مادر یا هردو والدین کرده اید؟	کمک نقدی به والدین - فرم IF	IF4
۱۶۳	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان هر گونه کمک نقدی به برادر/خواهر کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک در نظر بگیرید)	کمک نقدی به بستگان - فرم IF	IF5
۱۶۴	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان هر گونه کمک نقدی یا مشابه آن معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به برادر/خواهر/عروس/داماد کرده اید؟	کمک نقدی به بستگان - فرم IF	IF6
۱۶۵	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان از پدر/مادر یا هردو والدین هر گونه کمک نقدی دریافت کرده اید؟ (مواردی را که در	کمک های نقدی دریافت شده از والدین، فرزندان، بستگان - فرم IF	IF7

			یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک را در نظر نگیرید، موارد به ارث رسیده هم شامل نشود)	
۱۶۶	آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان از فرزندان خود هر گونه کمک نقدی دریافت کرده اید؟	کمک های نقدی دریافت شده از والدین، فرزندان، بستگان- فرم IF	IF8	۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
۱۶۷	در مجموع در طی دو سال گذشته این کمک مادی چقدر بوده است؟	کمک های نقدی دریافت شده از والدین، فرزندان، بستگان- فرم IF	IF9	عدد
۱۶۸	ایا در طی دو سال گذشته بجز مراقبت از بچه، حداقل یکساعت در هفته را صرف کمک به فرزندان و نوه هایتان در امور زیر کرده اید؟ باغبانی/گلکاری، تعمیر منزل و لوازم آن، کارهای منزل، حمل و نقل و یا امورات اداری مثل تکمیل فرم، کارهای بانکی و قانونی	کمکهای غیر نقدی داده شده به فرزندان و همسرانشان- فرم IF	IF10	۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
۱۶۹	چند ساعت در ماه مجموعا چنین کارهایی را برای کمک به آنها انجام داده اید؟	کمکهای غیر نقدی داده شده به فرزندان و همسرانشان- فرم IF	IF11	عدد
۱۷۰	در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان حداقل یکساعت در هفته را صرف مراقبت از نوه یا نتیجه هایتان کرده اید؟ (مواردی را شامل کنید که با شما در همان خانه زندگی نمی کنند)	کمکهای غیر نقدی داده شده به فرزندان و همسرانشان- فرم IF	IF12	۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
۱۷۱	چند ساعت در ماه مجموعا صرف مراقبت از نوه یا نتیجه هایتان نموده اید؟	کمکهای غیر نقدی داده شده به فرزندان و همسرانشان- فرم IF	IF13	عدد
محیط و محل سکونت- فرم J				
۱۷۲	محل اقامت شما	محیط و محل سکونت- فرم J	J1	۱. یک خانه ویلایی است ۲. قسمتی از یک خانه است ۳. دوبرکس است ۴. پیلوت است ۵. آپارتمانی است

۱۷۳	محل اقامت شما	محیط و محل سکونت- فرم J	J2	۱. تحت مالکیت شما یا همسران یا هر دو است ۲. هنوز در حال پرداخت وام هستید ۳. اجاره ای است ۴. بخشی اجاره بخشی رهن ۵. اجاره رایگان (پشتیبانی بستگان/دوستان وغیره) ۶. اجاره رایگان (پشتیبانی فرزندان/خواهر و بردار) ۷. محل اقامت به اشتراک گذاشته ۸. اجاره کم (خانه دولتی) ۹. سایر
۱۷۴	چه تعداد اتاق در منزل شما وجود دارد؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J3	عدد
۱۷۵	تقریباً، محل اقامت شما چند سال ساخت است؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J4	عدد
۱۷۶	اندازه خانه(به مترمربع)-به جز هریک از موارد زیر: ایوان، باغ، حیاط، پارکینگ، یا هر مکانی که حیوانات خانگی نگهداری می شوند.	محیط و محل سکونت- فرم J	J5	عدد
۱۷۷	چه مدت است که در این منزل زندگی می کنید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J6	عدد
۱۷۸	تعداد افراد ساکن در منزل فعلی شما؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J7	عدد
۱۷۹	آیا شما در از محله دیگری/شهر دیگری به اینجا آمده اید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J8	۱. بلی ۲. خیر
۱۸۰	در طول ۲۰ سال گذشته، اسباب کشی کرده اید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J9	۱. بلی ۲. خیر
۱۸۱	در طول ۲۰ سال گذشته، چند بار اسباب کشی کرده اید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J10	عدد
۱۸۲	در مورد منزل فعلی خودتان فکر کنید، چقدر شما آن را دوست دارید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J11	۱. اصلاً ۲. تا حدی ۳. نسبتاً ۴. بسیار



۵. خیلی زیاد				
شامل موارد J12.1 تا J12.13	J12	محیط و محل سکونت- فرم J	در مورد محل سکونت شما چه کارهایی انجام شده و چند وقت پیش اقدام شده است؟	۱۸۳
۱. بلی ۲. خیر	J12.1	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی	۱۸۴
عدد	J12.2	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال قبل بازسازی انجام شده است؟	۱۸۵
۱. بلی ۲. خیر	J12.3	محیط و محل سکونت- فرم J	اضافه کردن اتاق	۱۸۶
عدد	J12.4	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال قبل اضافه کردن اتاق انجام شده است؟	۱۸۷
۱. بلی ۲. خیر	J12.5	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی نرده، پلکان، کف سازی	۱۸۸
عدد	J12.6	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال قبل بازسازی نرده، پلکان، کف سازی انجام شده است؟	۱۸۹
۱. بلی ۲. خیر	J12.7	محیط و محل سکونت- فرم J	بهبود سیستم عایق یا گرمایش	۱۹۰
عدد	J12.8	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال قبل بهبود سیستم عایق یا گرمایش انجام شده است؟	۱۹۱
۱. بلی ۲. خیر	J12.9	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی حمام	۱۹۲
عدد	J12.10	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال قبل بازسازی حمام انجام شده است؟	۱۹۳
۱. بلی ۲. خیر	J12.11	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی باغچه/حصار	۱۹۴
عدد	J12.12	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال قبل بازسازی باغچه/حصار انجام شده است؟	۱۹۵
۱. بلی ۲. خیر	J12.13	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر	۱۹۶
۱. اصلا	J13	محیط و محل سکونت- فرم J	در مورد محله فعلی خودتان فکر کنید، چقدر این محله را دوست دارید؟	۱۹۷

۲. تا حدی				
۳. نسبتاً				
۴. بسیار				
۵. خیلی زیاد				
۱. بلی			ایا هرگونه یازسازی یا تغییری در محل سکونت شما از زمانی که اینجا زندگی می کنید بوده است؟	۱۹۸
۲. خیر	J14	محیط و محل سکونت- فرم J		
۱. فریزر بزرگ/ساید بای ساید				۱۹۹
۲. ماشین لباسشویی				
۳. ظرفشویی				
۴. لپ تاپ/دسکتاپ				
۵. دسترسی به اینترنت				
۶. تلویزیون LCD/LED				
۷. جاروبرقی				
۸. اتاق توکار (دارای سرویس بهداشتی در اتاق خواب)				
۹. موتورسیکلت				
۱۰. ماشین با ارزش کمتر از ۲۰ میلیون تومان				
۱۱. ماشین با ارزش ۲۰-۵۰ میلیون تومان				
۱۲. ماشین با ارزش ۵۰-۱۰۰ میلیون تومان				
۱۳. ماشین با ارزش بیشتر از ۱۰۰ میلیون تومان				
۱۴. تبلت/ IPAD	J15	محیط و محل سکونت- فرم J	کدام یک از لوازم منزل زیر در منزل شما دارید؟	
۱. آب چاه				۲۰۰
۲. آب رودخانه				
۳. آب چشمه	J16	محیط و محل سکونت- فرم J	منبع اصلی آب آشامیدنی شما چیست؟	

۴. آب لوله کشی ۵. آب معدنی ۶. مخزن آب ۷. مخزن آب زیرزمینی ۸. سایر				
عدد (سال)	J17	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال است که شما آب لوله کشی استفاده می کنید؟	۲۰۱
۱. آب چاه ۲. آب رودخانه ۳. آب چشمه ۴. شما همیشه از آب لوله کشی استفاده دارید ۵. سایر	J18	محیط و محل سکونت- فرم J	منبع اصلی آب آشامیدنی شما قبل از آب لوله کشی چه بوده است؟	۲۰۲
عدد	J19	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد کتاب های غیردرسی و غیر شغلی که در یک سال قبل مطالعه کرده اید (شامل کتاب های آسمانی و دعا نمی گردد)	۲۰۳
شامل موارد J20.1 تا J20.3	J20	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های خارج از ایران در تمام عمر	۲۰۴
عدد	J20.1	محیط و محل سکونت- فرم J	مسافرت های زیارتی	۲۰۵
عدد	J20.2	محیط و محل سکونت- فرم J	مسافرت های غیر زیارتی	۲۰۶
عدد	J20.3	محیط و محل سکونت- فرم J	کل مسافرت های خارج از ایران	۲۰۷
عدد	J21	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های داخل ایران در ده سال گذشته (زیارتی و گردشگری که حداقل ۱۰۰ کیلومتر از محل سکونت فاصله داشته است)	۲۰۸
۱. بلی ۲. خیر	J22	محیط و محل سکونت- فرم J	آیا سابقه تماس با حیوانات را داشته اید؟	۲۰۹
عدد (سال)	J22.1	محیط و محل سکونت- فرم J	سن شروع تماس	۲۱۰
عدد (سال)	J22.2	محیط و محل سکونت- فرم J	سن پایان تماس	۲۱۱
۱. بعضی مواقع (برای مثال محل نگهداری حیوانات در دویست متری محل کار یا زندگی فرد است)	J22.3	محیط و محل سکونت- فرم J	سطح تماس	۲۱۲

۲. حداقل یکبار در دو هفته ولی کمتر از یکبار در روز (برای مثال محل نگهداری حیوانات در همسایگی محل کار یا زندگی فرد است)				
۳. تماس روزانه (برای مثال نگهداری حیوانات در محل کار یا زندگی فرد)				
۴. تماس روزانه و نزدیک با حیوانات (شغل‌های مربوط به تغذیه و تمیز کردن حیوانات و کشتارگاه)				
۱. اسب سنان (مانند اسب، قاطر، الاغ، شتر) ۲. نشخوار کنندگان (مانند گوسفند، بز، گاو) ۳. سگ ۴. طیور ۵. گربه ۶. پرندگان خانگی مانند قناری، مرغ عشق ۷. سایر	J22.4	محیط و محل سکونت- فرم J	حیوانات	۲۱۳
شامل موارد J23.1 تا J23.9	J23	محیط و محل سکونت- فرم J	تمام مکان‌هایی را که از زمان تولدتان تا حالا در آن زندگی کرده اید، را لیست نمایید.	۲۱۴
عدد	J23.1	محیط و محل سکونت- فرم J	سن شروع	۲۱۵
عدد	J23.2	محیط و محل سکونت- فرم J	سن پایان	۲۱۶
متن	J23.3	محیط و محل سکونت- فرم J	استان	۲۱۷
متن	J23.4	محیط و محل سکونت- فرم J	شهر	۲۱۸
متن	J23.5	محیط و محل سکونت- فرم J	روستا	۲۱۹
۱. آجر و آهن ۲. چوب و آجر ۳. بتون آرمه ۴. گچ و سنگ	J23.6	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع منزل	۲۲۰



۵. سایر				
۱. نفت/گازوئیل ۲. چوب و هیزم ۳. فضولات حیوانی ۴. گاز ۵. زغال سنگ ۶. سایر	J23.7	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع سوخت مورد استفاده برای گرمایش	۲۲۱
۱. نفت/گازوئیل ۲. چوب و هیزم ۳. فضولات حیوانی ۴. گاز ۵. زغال سنگ ۶. سایر	J23.8	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع سوخت مورد استفاده برای آشپزی	۲۲۲
۱. بخاری برقی ۲. بخاری دارای دودکش ۳. شومینه ۴. بخاری بدون دودکش/چراغ ۵. بخاری گازی ۶. سایر	J23.9	محیط و محل سکونت- فرم J	سیستم گرمایشی	۲۲۳
فعالیت فیزیکی- فرم K				
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K1	فعالیت فیزیکی- فرم K	در طی ۷ روز گذشته، چه مدت فعالیت های نشسته نظیر خواندن و مطالعه کردن، تماشا کردن تلویزیون، کامپیوتر یا انجام دادن کارهای دستی بوده اید؟	۲۲۴
متن	K1.1	فعالیت فیزیکی- فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۲۲۵
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز	K1.2	فعالیت فیزیکی- فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته بوده اید؟	۲۲۶

۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز				
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K2	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت خارج از خانه یا در حیاط پیاده روی داشتید (برای مثال جهت آفتاب گرفتن، ورزش، پیاده روی تا محل کار)؟	۲۲۷
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K2.1	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟	۲۲۸
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K3	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، چند بار مشغول فعالیت های ورزشی سبک یا فعالیت های تفریحی نظیر راه رفتن بر سطح هموار، تمیز کردن منزل، مراقبت از کودک، نجاری، کار های رستوران، ماهیگیری از یک قایق یا فعالیت های مشابه بوده اید؟	۲۲۹
متن	K3.1	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۲۳۰
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K3.2	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های سبک بوده اید؟	۲۳۱
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K4	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی متوسط و تفریحی (تنیس دو نفره، راه رفتن سریع، باغبانی، حمل بار، دوچرخه سواری، یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟	۲۳۲
متن	K4.1	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۲۳۳
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز	K4.2	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های متوسط بوده اید؟	۲۳۴

۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز				
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K5	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی شدید و سخت نظیر (شنا کردن، راه رفتن با بار در سربالایی، انداختن درخت، حفر کردن، کوهنوردی، فوتبال، بسکتبال یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟	۲۳۵
متن	K5.1	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۲۳۶
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K5.2	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های شدید بوده اید؟	۲۳۷
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K6	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت فعالیت های ورزشی جهت تقویت قدرت عضلانی نظیر بالا بردن وزنه ها انجام داده اید؟	۲۳۸
متن	K6.1	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۲۳۹
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K6.2	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟	۲۴۰
دارای آیتم های دیگر است. (K7 تا K12)		فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته کدامیک از فعالیت های زیر را انجام داده اید؟	۲۴۱
۱. بلی ۲. خیر	K7	فعالیت فیزیکی - فرم K	کارهای سبک منزل مثل گردگیری یا شستن ظرف ها	۲۴۲
۱. بلی ۲. خیر	K8	فعالیت فیزیکی - فرم K	کارهای سنگین منزل مثل ساییدن کف منزل، شستن پنجره ها یا حمل چوب	۲۴۳

۲۴۴	تعمیرات منزل مثل نقاشی کردن، کارهای برقی و غیره	فعالیت فیزیکی- فرم K	K9	۱. بلی ۲. خیر
۲۴۵	مراقبت حیاط منزل مثل جمع کردن برگ ها ، خرد کردن چوب و غیره	فعالیت فیزیکی- فرم K	K10	۱. بلی ۲. خیر
۲۴۶	باغبانی در حیاط منزل	فعالیت فیزیکی- فرم K	K11	۱. بلی ۲. خیر
۲۴۷	مراقبت از یک شخص دیگر مانند یک بچه، همسر وابسته یا یک شخص بزرگسال دیگر	فعالیت فیزیکی- فرم K	K12	۱. بلی ۲. خیر
۲۴۸	در طول هفته ی گذشته، آیا شما کار با دریافت حقوق و یا کارهای داوطلبانه انجام داده اید؟	فعالیت فیزیکی- فرم K	K13	۱. بلی ۲. خیر
۲۴۹	چند ساعت در هفته شما با دریافت حقوق و یا داوطلبانه کار کرده اید؟	فعالیت فیزیکی- فرم K	K13.1	عدد (ساعت)
۲۵۰	کدامیک از تقسیم بندی های زیر نشان دهنده ی مقدار فعالیت جسمی که شما در محل کار انجام می دهید، می باشد؟	فعالیت فیزیکی- فرم K	K13.2	۱. اکثرا در وضعیت نشسته همراه با حرکات کم بازو (مثال: کارمند، ساعت ساز، کسی که چیزی را ردیف می کند تا به محل بسته بندی برسد، راننده ی اتوبوس و...) ۲. نشستن یا ایستادن همراه با کمی راه رفتن (مثال: صندوق دار، کارمند عمومی) ۳. راه رفتن، حمل کردن موادی که به طور متوسط کمتر از ۲۵ کیلوگرم وزن دارند. (مثال: نامه رسان، پیشخدمت زن یا مرد، کارگر ساختمان ساز، کارگر حمل کننده ی وسایل سنگین) ۴. راه رفتن و کار سنگین با دست که اغلب با جابجایی مواد بیش از ۲۵ کیلوگرم می باشد.



(مثال: چوب بر، بنا، کشاورز، کارگر عمومی)				
ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr				
۱. خیر ۲. افزایش وزن داشته ام ۳. کاهش وزن داشته ام ۴. نمی دانم	Nutr1	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	آیا طی ۶ ماه گذشته وزن شما تغییر کرده است؟	۲۵۱
۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم ۴. نمی دانم	Nutr2	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	طی ۶ ماه گذشته چه مقدار افزایش وزن داشته اید؟	۲۵۲
۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم ۴. نمی دانم	Nutr3	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	طی ۶ ماه گذشته چه مقدار کاهش وزن داشته اید؟	۲۵۳
۱. خوب ۲. معمولی ۳. کم	Nutr4	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	اشتهای شما چگونه است؟	۲۵۴
۱. هرگز ۲. به ندرت ۳. گاهی اوقات ۴. اغلب	Nutr5	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	آیا به هنگام بلعیدن غذا مشکلاتی از قبیل سرفه، احساس خفگی یا بلع دردناک دارید؟	۲۵۵
۱. کمتر از سه وعده ۲. سه وعده (صبحانه، ناهار، شام)	Nutr6	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	روزانه چند وعده غذا می خورید؟	۲۵۶

۳. چهار وعده (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده) ۴. پنج الی شش وعده (صبحانه، ناهار، شام، ۳-۲ میان وعده) ۵. بیش از ۶ وعده				
۱. هرگز و یا به ندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اغلب ۴. همیشه	Nutr7	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	آیا در طول روز حداقل یک وعده غذایی را همراه با سایر افراد خانواده میخورید؟	۲۵۷
۱. پنج و بیشتر ۲. چهار ۳. سه ۴. دو ۵. کمتر از دو	Nutr8	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	روزانه چند بار میوه و سبزی مصرف می کنید؟	۲۵۸
۱. ۸ یا بیشتر ۲. ۵-۷ ۳. ۳-۴ ۴. تقریباً ۲ ۵. کمتر از ۲	Nutr9	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	روزانه چند لیوان (۲۴۰ سی سی) آب مصرف می کنید؟	۲۵۹
۱. ۸ یا بیشتر ۲. ۵-۷ ۳. ۳-۴ ۴. تقریباً ۲ ۵. کمتر از ۲	Nutr10	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	روزانه چند لیوان (۲۴۰ سی سی) مایعات مانند آبمیوه، قهوه، چای، نوشابه و غیره... مصرف می کنید؟	۲۶۰
۱. بلی ۲. بعضی مواقع ۳. خیر	Nutr11	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr	آیا عادت به اضافه کردن نمک به غذا در سر سفره دارید؟	۲۶۱

۲۶۲	هر چند وقت یکبار غذای کبابی (کباب کوبیده، برگ، جوجه کباب، ماهی کبابی) می خورید؟	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr12	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. ۱-۳ بار در هفته ۴. کمتر از یکبار در ماه ۵. ۱-۳ بار در ماه
۲۶۳	هر چند وقت یکبار از غذای سرخ شده استفاده می کنید؟	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr13	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. ۱-۳ بار در هفته ۴. کمتر از یکبار در ماه ۵. ۱-۳ بار در ماه
۲۶۴	نحوه سرخ کردن سبزیجات چگونه می باشد؟	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr14	۱. تفت دادن ۲. طلایی شدن ۳. قهوه ای شدن ۴. سرخ نمیکنم
۲۶۵	از چه نوع روغنی برای سرخ کردن مواد غذایی استفاده می کنید؟	ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی - فرم Nutr15	۱. جامد و نیمه جامد ۲. مایع ۳. مایع مخصوص سرخ کردنی ۴. کره و روغن حیوانی ۵. سایر روغن ها
بسامد خوراک - فرم FFQ			
	تعداد دفعات مصرف مواد غذایی در سال گذشته	بسامد خوراک - فرم FFQ	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۶۶	شیر (لیوان)	بسامد خوراک - فرم FFQ1	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال) ملاحظات: کم چرب، پرچرب/محلی
۲۶۷	ماست (لیوان)	بسامد خوراک - فرم FFQ2	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)

ملاحظات: کم چرب، پرچرب/محلی				
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ3	بسامد خوراک- فرم FFQ	دوغ (لیوان)	۲۶۸
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ4	بسامد خوراک- فرم FFQ	پنیر لیقوان / پاستوریزه (قوطی کبریت)	۲۶۹
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ5	بسامد خوراک- فرم FFQ	انواع سیب های فصلی (عدد متوسط)	۲۷۰
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ6	بسامد خوراک- فرم FFQ	مرکبات (پرتقال، نارنگی، لیمو شیرین، گریپ فروت)، (عدد متوسط)	۲۷۱
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ7	بسامد خوراک- فرم FFQ	گلابی (عدد متوسط)	۲۷۲
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ8	بسامد خوراک- فرم FFQ	کیوی (عدد متوسط)	۲۷۳
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ9	بسامد خوراک- فرم FFQ	انار (عدد متوسط)	۲۷۴
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ10	بسامد خوراک- فرم FFQ	موز (عدد متوسط)	۲۷۵
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ11	بسامد خوراک- فرم FFQ	خربزه- طالبی-هندوانه- گرمک (قاج متوسط)	۲۷۶
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ12	بسامد خوراک- فرم FFQ	هلو/زرد آلو/شفتالو/شلیل (عدد متوسط)	۲۷۷
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ13	بسامد خوراک- فرم FFQ	انگور (خوشه متوسط)	۲۷۸
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ14	بسامد خوراک- فرم FFQ	کشمش (قاشق غذاخوری)	۲۷۹
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ15	بسامد خوراک- فرم FFQ	خرما (عدد)	۲۸۰

۲۸۱	آبمیوه های طبیعی (آب طالبی - سیب - پرتقال...), (لیوان)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ16	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۲	هویج (عدد متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ17	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال) ملاحظات: ۱. خام، ۲. پخته، ۳. سرخ شده، ۴. آب هویج
۲۸۳	سیب زمینی (آب پز و سرخ کرده)، (عدد متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ18	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۴	خیار (عدد متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ19	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۵	گوجه فرنگی (عدد متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ20	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۶	انواع کلم (یک لیوان)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ21	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۷	کاهو (پیش دستی)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ22	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۸	سبزی خوردن (پیش دستی)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ23	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۸۹	سبزی خورشتی / آش / کوکو / دلمه / اسفناج (پیش دستی)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ24	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۰	سیر (حبه)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ25	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۱	پیاز (عدد متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ26	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۲	کدو / بادمجان (عدد متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ27	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)

۲۹۳	نان لواش / محلی (کف دست)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ28	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۴	نان سنگگ (کف دست)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ29	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۵	نان بربری / روغنی (کف دست)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ30	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۶	برنج (کفگیر)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ31	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۷	ماکارونی (کفگیر)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ32	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۸	عدس / نخود / انواع لوبیا / لپه (نصف لیوان)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ33	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۲۹۹	سویا (قاشق غذا خوری)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ34	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۰۰	گوشت قرمز (قوطی کبریت ۳۰ گرم)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ35	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال) ملاحظات: ۱. کم چرب، ۲. پر چرب
۳۰۱	مرغ و جوجه (قوطی کبریت ۳۰ گرم)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ36	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال) ملاحظات: ۱. با پوست، ۲. بدون پوست
۳۰۲	دل و جگر و قلوه (قوطی کبریت ۳۰ گرم)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ37	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۰۳	کله و پاچه / سیرابی (بشقاب)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ38	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۰۴	ماهی (قطعه متوسط)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ39	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)

۳۰۵	تن ماهی (قوطی)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ40	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال) ملاحظات: ۱. با روغن، ۲. بدون روغن
۳۰۶	تخم مرغ (عدد)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ41	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۰۷	پیتزا (برش)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ42	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۰۸	سوسیس و کالباس و همبرگر (عدد)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ43	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۰۹	روغن مایع (قاشق غذاخوری)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ44	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال) ملاحظات: ۱. کانولا/سویا، ۲. سایر روغنهای مایع (آفتابگردان/ذرت)، ۳. روغن سرخ کردنی
۳۱۰	جامد نباتی / حیوانی (قاشق غذاخوری)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ45	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۱۱	روغن زیتون (قاشق غذاخوری)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ46	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۱۲	زیتون (عدد)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ47	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۱۳	کره/ خامه/ سرشیر (قاشق مربا خوری)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ48	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۱۴	گردو- انواع بادام و بادام زمینی- فندق- پسته (عدد)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ49	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)
۳۱۵	سس مایونز (قاشق غذاخوری)	بسامد خوراک- فرم FFQ	FFQ50	دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)

دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ51	بسامد خوراک- فرم FFQ	قند و شکر / نبات (جبه)	۳۱۶
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ52	بسامد خوراک- فرم FFQ	مربا / عسل (قاشق مربا خوری)	۳۱۷
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ53	بسامد خوراک- فرم FFQ	شیره انگور (قاشق مربا خوری)	۳۱۸
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ54	بسامد خوراک- فرم FFQ	شیرینی / کیک / بیسکویت (عدد)	۳۱۹
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ55	بسامد خوراک- فرم FFQ	چای - قهوه (لیوان)	۳۲۰
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ56	بسامد خوراک- فرم FFQ	نوشابه - ماء الشعیر لیوان	۳۲۱
دفعات مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)	FFQ57	بسامد خوراک- فرم FFQ	نمک (قاشق چای خوری)	۳۲۲
بهداشت دهان و دندان -فرم OH				
۱. یکبار در روز ۲. دو بار در روز ۳. سه بار در روز ۴. سایر (نام ببرید) ۵. مسواک نمی زنم	OH1	بهداشت دهان و دندان -فرم OH	دفعات مسواک زدن دندانها	۳۲۳
شامل موارد OH2.1 تا OH2.4	OH2	بهداشت دهان و دندان -فرم OH	معیار DMF	۳۲۴
عدد (تعداد)	OH2.1	بهداشت دهان و دندان -فرم OH	تعداد کل دندانها	۳۲۵
عدد (تعداد)	OH2.2	بهداشت دهان و دندان -فرم OH	تعداد دندانهای پوسیده (D)	۳۲۶
عدد (تعداد)	OH2.3	بهداشت دهان و دندان -فرم OH	تعداد دندانهای کشیده شده (M)	۳۲۷



۳۲۸	تعداد دندانهای پر شده (F)	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH2.4	عدد (تعداد)
۳۲۹	آیا ضایعه یا زخمی در دهان وجود دارد؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH3	۱. بلی ۲. خیر
۳۳۰	آیا دندان مصنوعی دارید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH4	۱. کامل فک بالا ۲. کامل فک پایین ۳. هر دو ۴. قسمتی ۵. خیر
۳۳۱	از چه سنی دندان مصنوعی دارید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH4.1	عدد (سال)
۳۳۲	آیا دندان مصنوعی خود را می پوشید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH4.2	۱. بلی ۲. خیر
۳۳۳	ایا دندان مصنوعی خود را مسواک می زنید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH4.3	۱. بلی ۲. خیر
۳۳۴	اگر بلی، تعداد دفعات مسواک زدن دندان مصنوعی	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH4.3.1	۱. یکبار در روز ۲. دو بار در روز ۳. سه بار در روز ۴. سایر
۳۳۵	اگر دندان مصنوعی خود را مسواک نمی زنید چگونه آن را تمیز می کنید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH4.3.2	متن
۳۳۶	آیا از نخ دندان استفاده می کنید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH5	۱. بلی ۲. خیر
۳۳۷	اگر بلی، تعداد دفعات استفاده از نخ دندان	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH5.1	عدد (در روز، در هفته،...)
۳۳۸	آیا از دهان شویه استفاده می کنید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH OH6	۱. بلی ۲. خیر



۳۳۹	اگر بلی، تعداد دفعات استفاده از دهان شویه	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH6.1	عدد (در روز، در هفته،...)
۳۴۰	در طی ۱۲ ماه گذشته هر گونه درد یا ناراحتی در دهان یا دندان خود داشته اید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH7	۱. بلی ۲. خیر
۳۴۱	در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار به دندانپزشک مراجعه داشته اید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH8	عدد
۳۴۲	در طی ۱۲ ماه گذشته هر چند وقت یکبار بخاطر وضعیت دهان و دندان مشکلات زیر را داشته اید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9	شامل موارد OH9.1 تا OH9.7
۳۴۳	مشکل در گاز زدن غذا	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.1	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقتها ۴. اصلا ۵. نمی دانم
۳۴۴	مشکل در جویدن	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.2	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقتها ۴. اصلا ۵. نمی دانم
۳۴۵	مشکل در حرف زدن یا ادای کلمات	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.3	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقتها ۴. اصلا ۵. نمی دانم
۳۴۶	خشکی دهان	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.4	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقتها ۴. اصلا ۵. نمی دانم

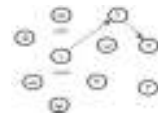


۳۴۷	پرهیز از خندیدن بخاطر وضعیت دندان و لثه	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.5	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت ها ۴. اصلا ۵. نمی دانم
۳۴۸	احساس ناراحتی بخاطر ظاهر دندان	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.6	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت ها ۴. اصلا ۵. نمی دانم
۳۴۹	کاهش در فعالیتهای اجتماعی بخاطر وضعیت دهان و دندان	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH9.7	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت ها ۴. اصلا ۵. نمی دانم
۳۵۰	بطور کلی وضعیت دندان ها و لثه های خود را چگونه توصیف می کنید؟	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH10	شامل موارد OH10.1 و OH10.2
۳۵۱	دندان ها	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH10.1	۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. ضعیف
۳۵۲	لثه ها	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	OH10.2	۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. ضعیف



روانشناسی - فرم MMSE			
۳۵۳	وقوف به زمان امروز چندشنبه است؟ امروز چندمین روز ماه است؟ امروز در کدامین ماه سال هستیم؟ در چه فصلی قرار داریم؟ در چه سالی قرار داریم؟	روانشناسی - فرم MMSE	عدد (امتیاز از ۵)
۳۵۴	تکرار (تاجر تجارت توپ می کند.)	روانشناسی - فرم MMSE	عدد (امتیاز از ۱)
۳۵۵	وقوف به مکان این محل کجا است؟ این جا چندمین طبقه است؟ شهری که در آن قرار داریم نامش چیست؟ استانی که در آن قرار داریم نامش چیست؟ کشوری که در آن قرار داریم نامش چیست؟	روانشناسی - فرم MMSE	عدد (امتیاز از ۵)
۳۵۶	خواندن در روی کاغذی بنویسید "چشمانتان را ببندید". از شخص بخواهید آن را بخواند و عمل کند..	روانشناسی - فرم MMSE	عدد (امتیاز از ۱)
۳۵۷	به خاطر سپردن ۳ کلمه از فرد بخواهید پس از آنکه شما آنها را نام بردید، تکرار کند. برای هر پاسخ صحیح که بار اول داده میشود ۱ نمره بدهید. ۳ لغت را آنقدر تکرار کنید تا بتواند هرسه را بگوید توپ سیب پرچم میز درخت کفش	روانشناسی - فرم MMSE	عدد (امتیاز از ۳)
۳۵۸	کپی (کشیدن اشیا متقاطع) 	روانشناسی - فرم MMSE	عدد (امتیاز از ۱)



۳۵۹	از صد۷ تا ۷ تا کم کنید. یا تلفظ برعکس کلمه "ایران" یا "لیوان"	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE7	عدد (امتیاز از ۵)
۳۶۰	نوشتن تکه ای کاغذ در اختیار فرد قرار دهید و از وی بخواهید که جمله ای بنویسد.	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE8	عدد (امتیاز از ۱)
۳۶۱	به یاد آوردن ۳ کلمه (توپ، پرچم، درخت)	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE9	عدد (امتیاز از ۳)
۳۶۲	فرمان تکه ای کاغذ بردارید و از شخص بخواهید که آن را بگیرد، تا کند، و بروی زمین بگذارد گرفتن تا کردن گذاشتن	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE10	عدد (امتیاز از ۳)
۳۶۳	شناسایی اجسام ساعت خودکار	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE11	عدد (امتیاز از ۲)
روانشناسی - فرم MoCA				
۳۶۴	دیداری-فضایی/اجرایی 	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA1	عدد (امتیاز از ۱)
۳۶۵	مکعب را بکشید. 	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA2	عدد (امتیاز از ۱)
۳۶۶	ساعت را بکشید (یازده و ده دقیقه)	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA3	عدد (امتیاز از ۳)
۳۶۷	نام ببرید 	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA4	عدد (امتیاز از ۳)



۳۶۸	توجه فهرست شماره ها را بخوانید (یک شماره هر ثانیه) فرد باید به همان ترتیب تکرار کند { ۲ ۱ ۸ ۵ ۴ } فرد باید برعکس تکرار کند { ۲ ۴ ۷ }	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA6	عدد (امتیاز از ۲)
۳۶۹	فهرست حروف را بخوانید. فرد باید با شنیدن هر حرف ب ضربه ای با دستش بزند. دو بار یا بیشتر اشتباه، امتیازی نمی گیرد. ف چ س م ن ب ب ز ک ل چ ب ف ب ک د ر ب ب ز م و ف ب ب چ	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA7	عدد (امتیاز از ۱)
۳۷۰	از صد ۷ تا ۷ تا کم کنید. 72[] 79[] 86[] 93[] 65[] ۴ یا ۵ مرحله درست: ۳ امتیاز، ۲ یا ۳ مرحله درست: ۲ امتیاز، ۱ مرحله درست: ۱ امتیاز، صفر مرحله درست: صفر امتیاز	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA8	عدد (امتیاز از ۳)
۳۷۱	کلام تکرار من فقط می دانم رضا کسی است که امروز کمک می کند وقتی سگها در اتاق بودند، گربه همیشه زیر مبل پنهان می شد.	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA9	عدد (امتیاز از ۲)
۳۷۲	روانی کلام هر تعداد کلماتی را که با حرف م شروع می شود در یک دقیقه بگویید. (تعداد کلمات درست ۱۱ و بیشتر)	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA10	عدد (امتیاز از ۱)
۳۷۳	انتزاع شباهت بین موز و پرتقال چیست؟ هردو میوه اند. شباهت بین قطار و دوچرخه چیست؟ شباهت بین ساعت - خط کش؟	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA11	عدد (امتیاز از ۲)
۳۷۴	یادآوری با تاخیر فرد باید کلمات را بدون هیچ راهنمایی بخاطر بیاورد.	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA12	عدد (امتیاز از ۵)



			صورت مخمل بیمارستان آفتاب گردان قرمز	
۳۷۵	آگاهی به زمان و مکان چندمین روز ماه؟، ماه؟، سال؟، روز هفته؟، مکان؟، شهر؟	روانشناسی - فرم MoCA	MoCA13	عدد (امتیاز از ۶)
	حمایت اجتماعی - فرم SS			
۳۷۶	بغیر از افراد خانواده با چه تعداد از اشخاص در محل سکونتتان میتوانید احساس دلبستگی یا رابطه خیلی نزدیکی داشته باشید؟	حمایت اجتماعی - فرم SS	SS1	۱. هیچکس ۲. یک تا دو نفر ۳. بیشتر از دو نفر
۳۷۷	چند بار در طی هفته گذشته، شما زمانی را با شخصی که با شما زندگی نمی کند صرف کردید؟ برای مثال شما رفتید آنها را ببینید یا آنها به ملاقات شما آمدند یا با هم بیرون رفتید.	حمایت اجتماعی - فرم SS	SS2	۱. هیچوقت ۲. یکبار ۳. دو بار ۴. سه بار ۵. چهار بار ۶. پنج بار ۷. شش بار ۸. هفت بار و بیشتر
۳۷۸	در طی هفته گذشته، چند بار تلفنی با شخصی (دوستان، بستگان یا دیگران) صحبت کردید (یا آنها به شما تلفن کردند یا شما به آنها تلفن کردید)؟	حمایت اجتماعی - فرم SS	SS3	۱. هیچوقت ۲. یکبار ۳. دو بار ۴. سه بار ۵. چهار بار ۶. پنج بار ۷. شش بار ۸. هفت بار و بیشتر
۳۷۹	در طی هفته گذشته، چند بار به جلسات انجمن های اجتماعی، جلسات مذهبی یا دیگر گروه ها (مثل صندوق مشترک) رفتید؟	حمایت اجتماعی - فرم SS	SS4	۱. هیچوقت ۲. یکبار ۳. دو بار ۴. سه بار

۵. چهار بار				
۶. پنج بار				
۷. شش بار				
۸. هفت بار و بیشتر				
۱. بندرت				۳۸۰
۲. گاهی اوقات			آیا به نظر می رسد خانواده یا دوستانتان (افرادی که برای شما مهم هستند) شما را درک می کنند؟	
۳. اکثر اوقات	SS5	حمایت اجتماعی - فرم SS		
۱. بندرت				۳۸۱
۲. گاهی اوقات			آیا احساس می کنید برای خانواده یا دوستانتان (افرادی که برای شما مهم هستند) مفید هستید؟	
۳. اکثر اوقات	SS6	حمایت اجتماعی - فرم SS		
۱. بندرت				۳۸۲
۲. گاهی اوقات			وقتی با خانواده یا دوستانتان صحبت می کنید، آیا احساس می کنید به حرف هایتان گوش داده می شود؟	
۳. اکثر اوقات	SS7	حمایت اجتماعی - فرم SS		
۱. بندرت				۳۸۳
۲. گاهی اوقات			آیا احساس می کنید نقش تعیین کننده در خانواده تان یا در بین دوستانتان دارید؟	
۳. اکثر اوقات	SS8	حمایت اجتماعی - فرم SS		
۱. بندرت				۳۸۴
۲. گاهی اوقات			آیا شما می توانید در باره مشکلات مهم زندگی تان با حداقل بعضی از افراد خانواده یا دوستانتان صحبت کنید؟	
۳. اکثر اوقات	SS9	حمایت اجتماعی - فرم SS		
۱. بندرت				۳۸۵
۲. گاهی اوقات			ایا شما فکر می کنید در جریان اموری که در خانواده یا در بین دوستانتان می گذرد هستید؟	
۳. اکثر اوقات	SS10	حمایت اجتماعی - فرم SS		
۱. خیلی				۳۸۶
۲. تا حدودی			در مورد انواع ارتباطی که شما با افراد خانواده یا دوستانتان دارید چقدر رضایت دارید؟	
۳. کاملاً	SS11	حمایت اجتماعی - فرم SS		
کیفیت زندگی - فرم SF				
۱. عالی	SF1	کیفیت زندگی - فرم SF	به طور کلی سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید	۳۸۷

۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. بد				
۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد	SF2	کیفیت زندگی - فرم SF	طی ۴ هفته گذشته درد تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار خارج از منزل و هم کار منزل)؟	۳۸۸
۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد	SF3	کیفیت زندگی - فرم SF	طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیتهای اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟	۳۸۹
شامل موارد SF4 و SF5	-	کیفیت زندگی - فرم SF	موارد زیر شامل فعالیتهایی است که شما احتمالا طی یک روز عادی انجام می دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیتهای را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟	۳۹۰
۱. بله بسیار محدود شده است ۲. بله کمی محدود شده است ۳. خیر اصلا محدود نشده است	SF4	کیفیت زندگی - فرم SF	فعالتهای متوسط مانند حرکت دادن یک میز، جابجایی جارو برقی، انجام ورزشهای سبک	۳۹۱
۱. بله بسیار محدود شده است ۲. بله کمی محدود شده است ۳. خیر اصلا محدود نشده است	SF5	کیفیت زندگی - فرم SF	بالا رفتن از چند راه پله	۳۹۲
شامل موارد SF6 و SF7	-	کیفیت زندگی - فرم SF	آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت های روزمره به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشلات زیر را داشته اید؟	۳۹۳
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات	SF6	کیفیت زندگی - فرم SF	به کمتر از آنچه که تمایل داشته اید، دست یافته اید	۳۹۴



۳. خیلی وقت‌ها ۴. بعضی وقت‌ها ۵. هیچ وقت				
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقت‌ها ۴. بعضی وقت‌ها ۵. هیچ وقت	SF7	کیفیت زندگی - فرم SF	در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیتها محدودیت داشته اید	۳۹۵
شامل موارد SF8 و SF9	-	کیفیت زندگی - فرم SF	آیا طی ۴ هفته گذشته در کار یا سایر فعالیتهای روزمره به علت مشکلات روحی خود (مثل احساس افسردگی یا اضطراب) یکی از مشکلات زیر را داشته اید؟	۳۹۶
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقت‌ها ۴. بعضی وقت‌ها ۵. هیچ وقت	SF8	کیفیت زندگی - فرم SF	به کمتر از آنچه که تمایل داشته اید، دست یافته اید	۳۹۷
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقت‌ها ۴. بعضی وقت‌ها ۵. هیچ وقت	SF9	کیفیت زندگی - فرم SF	در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیتها محدودیت داشته اید	۳۹۸
شامل موارد SF10 تا SF12	-	کیفیت زندگی - فرم SF	این پرسشها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفا برای هر سوال نزدیک ترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید، چه مدتی طی ۴ هفته گذشته	۳۹۹
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقت‌ها	SF10	کیفیت زندگی - فرم SF	احساس آرامش و امنیت داشته اید؟	۴۰۰

۴. بعضی وقت ها ۵. هیچ وقت				
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقت ها ۴. بعضی وقت ها ۵. هیچ وقت	SF11	کیفیت زندگی - فرم SF	خود را پر از انرژی احساس می کرده اید؟	۴۰۱
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقت ها ۴. بعضی وقت ها ۵. هیچ وقت	SF12	کیفیت زندگی - فرم SF	خود را غمگین و افسرده احساس می کرده اید؟	۴۰۲
رضایت زندگی - فرم LS				
۱. کاملاً موافقم ۲. تقریباً موافقم ۳. متوسط ۴. تقریباً مخالفم ۵. کاملاً مخالفم	LS1	رضایت زندگی - فرم LS	زندگی من در اکثر موارد به آرمانهایم نزدیک بوده است.	۴۰۳
۱. کاملاً موافقم ۲. تقریباً موافقم ۳. متوسط ۴. تقریباً مخالفم ۵. کاملاً مخالفم	LS2	رضایت زندگی - فرم LS	شرایط زندگی من عالی است.	۴۰۴
۱. کاملاً موافقم ۲. تقریباً موافقم ۳. متوسط ۴. تقریباً مخالفم	LS3	رضایت زندگی - فرم LS	از زندگی ام راضی هستم.	۴۰۵



۴۰۶	تا کنون هر آنچه را که در زندگی میخواستیم به دست آوردم	رضایت زندگی- فرم LS	LS4	۵. کاملاً مخالفم ۱. کاملاً موافقم ۲. تقریباً موافقم ۳. متوسط ۴. تقریباً مخالفم ۵. کاملاً مخالفم
۴۰۷	اگر میتوانستم زندگی دوباره داشته باشم تقریباً هیچ چیز را تغییر نمی دادم	رضایت زندگی- فرم LS	LS5	۵. کاملاً مخالفم ۱. کاملاً موافقم ۲. تقریباً موافقم ۳. متوسط ۴. تقریباً مخالفم
تنهایی- فرم LO				
۴۰۸	بطور کلی احساس پوچی می کنم	تنهایی- فرم LO	LO1	۱. بلی ۲. کمابیش ۳. خیر
۴۰۹	عده بسیاری هستند که که می توانم بهنگام مشکلات به آنها تکیه کنم.	تنهایی- فرم LO	LO2	۱. بلی ۲. کمابیش ۳. خیر
۴۱۰	افراد زیادی هستند که می توانم کاملاً به آنها اعتماد کنم	تنهایی- فرم LO	LO3	۱. بلی ۲. کمابیش ۳. خیر
۴۱۱	دلَم برای دور هم بودن تنگ می شود	تنهایی- فرم LO	LO4	۱. بلی ۲. کمابیش ۳. خیر
۴۱۲	به تعداد کافی افرادی هستند که احساس نزدیکی به آنها می کنم	تنهایی- فرم LO	LO5	۱. بلی ۲. کمابیش ۳. خیر



۴۱۳	اغلب احساس طردشدگی دارم	تنهایی- فرم LO	LO6	۱. بلی ۲. کمابیش ۳. خیر
اضطراب (Iranian Version – HADS) – فرم ANX				
۴۱۳	آیا طی هفته گذشته تنش داشتید؟	اضطراب- فرم ANX	ANX1	۱. یشتراوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی اوقات ۴. هیچ وقت
۴۱۴	آیا دچار احساس نگرانی از احتمال وقوع یک اتفاق ناگوار برای خود هستید؟	اضطراب- فرم ANX	ANX2	۱. بلی صد در صد و به صورت خیلی بد ۲. بله ولی نه خیلی ۳. کمی ولی نگرانم نمی کند ۴. اصلاً
۴۱۵	آیا افکار نگران کننده از ذهن شما می گذرد؟	اضطراب- فرم ANX	ANX3	۱. تقریباً همیشه (ولی نه همیشه) ۲. اکثر اوقات ۳. بعضی اوقات ۴. گهگاهی (خیلی کم)
۴۱۶	آیا می توانید آسوده بنشینید و احساس راحتی کنید؟	اضطراب- فرم ANX	ANX4	۱. بلی صد در صد ۲. اغلب اوقات ۳. به ندرت ۴. اصلاً
۴۱۷	آیا احساس ترس یا چیزی شبیه دلشوره به شما دست می دهد؟	اضطراب- فرم ANX	ANX5	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴۱۸	آیا احساس عدم آسودگی و بی قراری می کنید؟	اضطراب- فرم ANX	ANX6	۱. بله صد در صد ۲. خیلی زیاد ۳. نه خیلی زیاد

۴۱۹	آیا به طور ناگهانی احساس ترس و دلهره می کنید؟	اضطراب- فرم ANX	ANX7	۱. بله تقریباً همیشه ۲. بله اغلب اوقات ۳. بله خیلی کم ۴. اصلاً
افسردگی- فرم CES-D10				
۴۲۰	با چیزهایی که معمولاً محل آسایش من نیستند، دچار پشیمانی شده بودم.	افسردگی- فرم CES	CES1	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴۲۱	طی هفته گذشته در متمرکز کردن افکارم بر روی کاری که انجام میدادم دچار مشکل بودم.	افسردگی- فرم CES	CES2	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴۲۲	طی هفته گذشته احساس افسردگی می کردم	افسردگی- فرم CES	CES3	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴۲۳	طی هفته گذشته احساس می کردم هر کاری که انجام می دادم تلاشی بی فایده بود.	افسردگی- فرم CES	CES4	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴۲۴	طی هفته گذشته به آینده امیدوار نبودم.	افسردگی- فرم CES	CES5	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴۲۵	طی هفته گذشته احساس ترس می کردم.	افسردگی- فرم CES	CES6	۱. اصلاً

۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه				
۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه	CES7	افسردگی - فرم CES	طی هفته گذشته خوابم بی قرار و نا آرام بود.	۴۲۶
۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه	CES8	افسردگی - فرم CES	طی هفته گذشته خوشحال و شادمان نبودم.	۴۲۷
۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه	CES9	افسردگی - فرم CES	طی هفته گذشته احساس تنهایی می کردم.	۴۲۸
۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه	CES10	افسردگی - فرم CES	طی هفته گذشته توانایی پیگیری کارهایم را نداشتم.	۴۲۹
کیفیت خواب (PSQI) - The Pittsburgh Sleep Quality Index - فرم SQ				
شامل موارد SQ1.1 و SQ1.2	SQ1	کیفیت خواب - فرم SQ	در طی یکماه گذشته معمولاً شب ها چه ساعتی به رختخواب رفته اید؟ (ساعت/ دقیقه)	۴۳۰
عدد (ساعت، دقیقه)	SQ1.1	کیفیت خواب - فرم SQ	روزهای غیر تعطیل	۴۳۱
عدد (ساعت، دقیقه)	SQ1.2	کیفیت خواب - فرم SQ	روزهای تعطیل	۴۳۲
عدد (دقیقه)	SQ2	کیفیت خواب - فرم SQ	در طی یکماه گذشته از زمانی که به رختخواب می رفتید، چند دقیقه طول میکشید تا خوابتان ببرد؟	۴۳۳



۴۳۴	در طی یکماه گذشته، معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بیدار می- شدید؟	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ3	شامل موارد SQ3.1 و SQ3.2
۴۳۵	روزهای غیر تعطیل	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ3.1	عدد (ساعت، دقیقه)
۴۳۶	روزهای تعطیل	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ3.2	عدد (ساعت، دقیقه)
۴۳۷	میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت بوده است؟	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ4.1	عدد (ساعت)
۴۳۸	چند ساعت در رختخواب بوده اید؟	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ4.2	عدد (ساعت)
۴۳۹	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته اید؟	کیفیت خواب- فرم SQ		
۴۴۰	در عرض ۳۰ دقیقه نمی توانستید بخواب بروید.	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ5	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. $3 \leq$ بار در هفته
۴۴۱	نیمه‌های شب یا صبح زود از خواب بیدار می‌شدید.	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ6	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. $3 \leq$ بار در هفته
۴۴۲	مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ7	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. $3 \leq$ بار در هفته
۴۴۳	نمی توانستید به راحتی نفس بکشید.	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ8	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. $3 \leq$ بار در هفته
۴۴۴	سرفه می کردید یا با صدای بلند خروپف می کردید.	کیفیت خواب- فرم SQ	SQ9	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته



۴. ≤ 3 بار در هفته				
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ10	کیفیت خواب- فرم SQ	احساس می کردید خیلی سردتان است.	۴۴۵
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ11	کیفیت خواب- فرم SQ	احساس می کردید خیلی گرم تان است.	۴۴۶
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ12	کیفیت خواب- فرم SQ	کابوس می دیدید	۴۴۷
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ13	کیفیت خواب- فرم SQ	درد داشتید.	۴۴۸
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ14	کیفیت خواب- فرم SQ	اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد ذکر شده مشکل داشته اید. دلایل شما	۴۴۹
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ15	کیفیت خواب- فرم SQ	در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب آور یا آرام بخش مصرف کرده اید؟	۴۵۰
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته	SQ16	کیفیت خواب- فرم SQ	در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن بهنگام رانندگی یا خوردن غذا یا فعالیت های اجتماعی مشکل داشتید؟	۴۵۱

۳-۱. بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته				
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳-۱. بار در هفته ۴. ≤ 3 بار در هفته	SQ17	کیفیت خواب- فرم SQ	در طول ماه گذشته چند بار در حفظ شور و شوق انجام کارها مشکل داشته اید؟	۴۵۲
۱. خیلی خوب ۲. نسبتا خوب ۳. نسبتا بد ۴. خیلی بد	SQ18	کیفیت خواب- فرم SQ	در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟	۴۵۳
خواب Berlin Questionnaire - فرم SB				
۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم	SB1	خواب- فرم SB	آیا شما هنگام خواب خر و پف می کنید؟	۴۵۴
۱. کمی بلندتر از صدای نفس کشیدن عادی است. ۲. به بلندی صدای صحبت کردن عادی است. ۳. بلندتر از صدای صحبت کردن عادی است. ۴. خیلی بلند (قابل شنیدن از اتاق مجاور اتاق خواب)	SB2	خواب- فرم SB	شدت صدای خر و پف شما در چه حد است؟	۴۵۶
۱. تقریبا هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریبا هرگز	SB3	خواب- فرم SB	دفعات خر و پف شما چگونه است؟	۴۵۷

۴۵۸	آیا خر و پف شما سبب اذیت اطرافیان می شود؟	خواب- فرم SB	SB4	۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم
۴۵۹	آیا تا بحال کسی به شما گفته که در حین خواب نفستان قطع میشود؟	خواب- فرم SB	SB5	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
۴۶۰	هر چند وقت یک بار پس از بیدار شدن از خواب احساس خستگی و کوفتگی می کنید؟	خواب- فرم SB	SB6	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
۴۶۱	در زمان بیداری روزانه، آیا احساس خستگی یا کوفتگی یا احساس غیرعادی بودن می کنید؟	خواب- فرم SB	SB7	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
۴۶۲	آیا تا به حال برای شما پیش آمده در حال رانندگی چرت بزنید یا برای لحظه ای خواب بروید؟	خواب- فرم SB	SB8	۱. بلی ۲. خیر
۴۶۳	اگر پاسخ سوال SB8 مثبت است؛ هر چند وقت یکبار این حالت پیش می آید؟	خواب- فرم SB	SB9	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
خواب آلودگی (Epworth sleepiness scale)-فرم SEP				



۴۶۴	چقدر احتمال دارد در هر یک از شرایط زیر چرت بزنید یا خوابتان ببرد؟	خواب آلودگی - فرم SE	شامل موارد SEP1 و SEP8
۴۶۵	نشستن و خواندن	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴۶۶	تماشای تلویزیون	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴۶۷	نشستن بی حرکت در مکان های عمومی مانند تاتر و جلسه	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴۶۸	بعنوان سرنشین یک ماشین بمدت یک ساعت بدون توقف	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴۶۹	دراز کشیدن جهت استراحت بهنگام عصر در شرایطی که میسر باشد	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴۷۰	نشستن و صحبت کردن با کسی	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴۷۱	نشستن برای خوردن نهار	خواب آلودگی - فرم SE	۱. اصلا



۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد				
۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد	SEP8	خواب آلودگی- فرم SE	در ماشین بهنگام توقف پشت چراغ قرمز	۴۷۲
آزمون حافظه شنوایی- کلامی ری (RAVLT-1)- فرم RAVLT				
شامل موارد RAVLT1.1 تا RAVLT1.8	RAVLT1	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	۵ مرتبه تکرار فهرست واژه های الف (A) به توالی یکدیگر و ثبت پاسخ به ترتیبی که فرد بازگو می کند. فهرست A: دود، پول، رنگ، طبل، برف، فرش، عکس، نان، اسب، کفش، گل، ماه، چوب، مو، دوست	۴۷۳
عدد (امتیاز از ۱۵)	RAVLT1.1	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	ارایه ۱	۴۷۴
عدد (امتیاز از ۱۵)	RAVLT1.2	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	ارایه ۲	۴۷۵
عدد (امتیاز از ۱۵)	RAVLT1.3	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	ارایه ۳	۴۷۶
عدد (امتیاز از ۱۵)	RAVLT1.4	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	ارایه ۴	۴۷۷
عدد (امتیاز از ۱۵)	RAVLT1.5	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	ارایه ۵	۴۷۸
شامل RAVLT2.1	RAVLT2	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	یک بار ارایه فهرست واژه های ب (B) به توالی یکدیگر، و ثبت پاسخ به ترتیبی که فرد بازگو می کند. فهرست B: بانک، دست، کارت، پارچ، گاو، شال، برگ، توپ، آتش، عطر، پل، شمع، کیف، ابر، میز	۴۷۹



۴۸۰	ارایه ۱	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	RAVLT2.1	عدد (امتیاز از ۱۵)
۴۸۱	یادآوری فهرست A بلافاصله پس از اتمام فهرست B	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	RAVLT1.6	عدد (امتیاز از ۱۵)
۴۸۲	فهرست A پس از گذشت ۳۰ دقیقه	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	RAVLT1.7	عدد (امتیاز از ۱۵)
۴۸۳	بازشناسی واژه های فهرست A	حافظه شنوایی، کلامی ری- فرم RAVLT	RAVLT1.8	عدد (امتیاز از ۱۵)
قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip Test				
۴۸۴	سنجش اول دست راست	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Right Hand Grip1	عدد
۴۸۵	سنجش دوم دست راست	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Right Hand Grip2	عدد
۴۸۶	سنجش سوم دست راست	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Right Hand Grip3	عدد
۴۸۷	آیا تست دست راست کامل شد؟	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Right Hand Grip4	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۴۸۸	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Right Hand Grip5	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۴۸۹	سنجش اول دست چپ	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Left Hand Grip1	عدد
۴۹۰	سنجش دوم دست چپ	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Left Hand Grip2	عدد
۴۹۱	سنجش سوم دست چپ	قدرت چنگش دست-فرم Hand Grip	Left Hand Grip3	عدد



۴۹۲	آیا تست دست چپ کامل شد؟	قدرت چنگش دست- فرم Hand Grip	Left Hand Grip4	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۴۹۳	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	قدرت چنگش دست- فرم Hand Grip	Left Hand Grip5	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
10 seconds stand (ایستادن ۱۰ ثانیه ای)				
۴۹۴	Side by side			
۴۹۵	مدت زمان ایستادن	Side by side - فرم 10 seconds stand	Side by side1	عدد (ثانیه)
۵۰۰	آیا تست کامل شد؟	Side by side - فرم 10 seconds stand	Side by side2	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۰۱	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	Side by side - فرم 10 seconds stand	Side by side3	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۵۰۲	Semi-Tandem			
۵۰۳	مدت زمان ایستادن	Semi-Tandem - فرم 10 secon stand	Semi-Tandem1	عدد (ثانیه)
۵۰۴	آیا تست کامل شد؟	Semi-Tandem - فرم 10 secon stand	Semi-Tandem2	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۰۵	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	Semi-Tandem - فرم 10 secon stand	Semi-Tandem3	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر



۵۰۶	Tandem		
۵۰۷	مدت زمان ایستادن	Tandem - فرم 10 secon stand	Tandem1 عدد (ثانیه)
۵۰۸	آیا تست کامل شد؟	Tandem - فرم 10 secon stand	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد Tandem2
۵۰۹	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	Tandem - فرم 10 secon stand	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر Tandem3
۵۱۰	نشست و برخاست از صندلی (Repeated chair number)		
۵۱۱	زمان کامل شدن ۵ بار نشست و برخاست (ثانیه)	-Repeated chair number فرم 10 secon stand	Repeated chair number1 عدد (ثانیه)
۵۱۲	تعداد نشست و برخاست در ۳۰ ثانیه	-Repeated chair number فرم 10 secon stand	Repeated chair number2 عدد (تعداد)
۵۱۳	اگر کمتر از ۵ بار انجام شد تعداد آن	-Repeated chair number فرم 10 secon stand	Repeated chair number2.2 عدد (تعداد)
۵۱۴	آیا تست کامل شد؟	-Repeated chair number فرم 10 secon stand	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد Repeated chair number3
۵۱۵	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	-Repeated chair number فرم 10 secon stand	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر Repeated chair number4
۵۱۶	Timed Up and Go Test		
۵۱۷	مدت زمان انجام	-Timed Up and Go Test فرم 10 secon stand	Timed Up and Go Test1 عدد (ثانیه)



۵۱۸	آیا تست کامل شد؟	-Timed Up and Go Test فرم 10 secon stand	Timed Up and Go Test2	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۱۹	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	-Timed Up and Go Test فرم 10 secon stand	Timed Up and Go Test3	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۵۲۰	4 meter walk			
۵۲۱	مدت زمان انجام	4 meter walk - فرم 10 secon stand	4 meter walk1	عدد (ثانیه)
۵۲۲	آیا تست کامل شد؟	4 meter walk - فرم 10 secon stand	4 meter walk2	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۲۳	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	4 meter walk - فرم 10 secon stand	4 meter walk3	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
فرم سنجش جسمی				
۵۲۴	قد	فرم سنجش جسمی	Height	عدد
۵۲۵	آیا تست کامل شد؟	فرم سنجش جسمی	Height_Completed	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۲۶	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	فرم سنجش جسمی	Height_Check	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۵۲۷	دمیسپن	فرم سنجش جسمی	Demispon	عدد

۵۲۸	آیا تست کامل شد؟	فرم سنجش جسمی	Demispon_Completed	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۲۹	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	فرم سنجش جسمی	Demispon_Check	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۵۳۰	طول اولنا	فرم سنجش جسمی	Olna	عدد
۵۳۱	آیا تست کامل شد؟	فرم سنجش جسمی	Olna_Completed	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۳۲	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	فرم سنجش جسمی	Olna_Check	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۵۳۳	قد زانو	فرم سنجش جسمی	Knee	عدد
۵۳۴	آیا تست کامل شد؟	فرم سنجش جسمی	Knee_Completed	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۵۳۵	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	فرم سنجش جسمی	Knee_Check	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۵۳۶	دور کمر	فرم سنجش جسمی	Waist	عدد
۵۳۷	آیا تست کامل شد؟	فرم سنجش جسمی	Waist_Completed	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد



۴. انجام نشد				
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Waist_Check	فرم سنجش جسمی	اگر انجام یا کامل نشددلیل ان؟	۵۳۸
عدد	Hip	فرم سنجش جسمی	دور باسن	۵۳۹
۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Hip_Completed	فرم سنجش جسمی	آیا تست کامل شد؟	۵۴۰
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Hip_Check	فرم سنجش جسمی	اگر انجام یا کامل نشددلیل ان؟	۵۴۱
عدد	Wrist	فرم سنجش جسمی	دور مچ دست	۵۴۲
۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Wrist_Completed	فرم سنجش جسمی	آیا تست کامل شد؟	۵۴۲
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Wrist_Check	فرم سنجش جسمی	اگر انجام یا کامل نشددلیل ان؟	۵۴۳
عدد	Neck	فرم سنجش جسمی	دور گردن	۵۴۴
۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Neck_Completed	فرم سنجش جسمی	آیا تست کامل شد؟	۵۴۵
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع	Neck_Check	فرم سنجش جسمی	اگر انجام یا کامل نشددلیل ان؟	۵۴۶

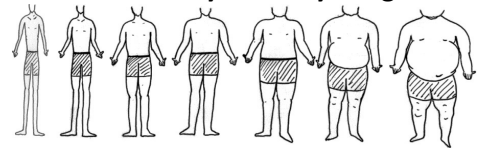
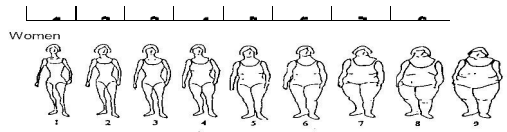


۵۴۷	شاخص توده بدنی	فرم سنجش جسمی	BMI	عدد	۳. سایر
۵۴۸	وزن	فرم سنجش جسمی	Main_Weight	عدد	
۵۴۹	اندازه گیری Inbody	فرم سنجش جسمی	Inbody_Checked	۱. بلی ۲. خیر	
فعالیت‌های ابزاری زندگی لاوتون (Lawton IADL)					
۵۵۰	استفاده از تلفن	لاوتون - فرم L	L1	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	
۵۵۱	طی مسافت‌های نسبتاً طولانی با وسایط نقلیه	لاوتون - فرم L	L2	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	
۵۵۲	خرید مواد غذایی و پوشاک	لاوتون - فرم L	L3	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	
۵۵۳	آماده کردن غذای خود	لاوتون - فرم L	L4	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	
۵۵۴	انجام کارهای منزل	لاوتون - فرم L	L5	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	
۵۵۶	شستن لباسهای شخصی	لاوتون - فرم L	L6	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	
۵۵۷	مصرف داروها بطور صحیح و بموقع (در صورتیکه داروی خاصی مصرف می کند)	لاوتون - فرم L	L7	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست	



۵۵۸	کنترل دخل و خرج	لاوتون- فرم L	L8	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست
۵۵۹	غذا خوردن	لاوتون- فرم M	M1	۱. مستقل ۲. با کمی کمک دیگران ۳. کاملاً وابسته
۵۶۰	پوشیدن و درآوردن لباس	لاوتون- فرم M	M2	۱. مستقل ۲. با کمی کمک دیگران ۳. کاملاً وابسته
۵۶۱	حمام کردن	لاوتون- فرم M	M3	۱. مستقل ۲. با کمی کمک دیگران ۳. کاملاً وابسته
۵۶۲	رفتن یا بیرون آمدن از تخت یا رختخواب	لاوتون- فرم M	M4	۱. مستقل ۲. با کمی کمک دیگران ۳. کاملاً وابسته
۵۶۳	دستشویی رفتن	لاوتون- فرم M	M5	۱. مستقل ۲. با کمی کمک دیگران ۳. کاملاً وابسته
۵۶۴	کنترل ادرار	لاوتون- فرم M	M6.1	۱. مستقل ۲. گاهی اتفاق می افتد ۳. کاملاً وابسته
۵۶۵	کنترل مدفوع	لاوتون- فرم M	M6.2	۱. مستقل ۲. گاهی اتفاق می افتد ۳. کاملاً وابسته
محدودیت عملکرد فیزیکی- فرم O				
۵۶۶	فعالیت‌های شدید مانند دویدن و یا ورزش سنگین	محدودیت عملکرد فیزیکی- فرم O	O1	۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است

۳. اصلا محدود نشده است				
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O2	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	فعالیت‌های متوسط مانند جارو برقی کشیدن ورزشهایی مانند گلف	۵۶۷
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O3	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	بالا رفتن از چندین راه پله	۵۶۸
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O4	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	بالا رفتن از یک راه پله	۵۶۹
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O5	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	حمل یا بلند کردن ساک خرید	۵۷۰
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O6	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	راه رفتن به فاصله یک کیلومتر	۵۷۱
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O7	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	راه رفتن بفاصله ۵۰۰ متر	۵۷۲
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O8	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	راه رفتن بفاصله ۱۰۰ متر	۵۷۳
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	O9	محدودیت عملکرد فیزیکی - فرم O	خم شدن، زانو زدن یا دو لا شدن	۵۷۴
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است	O10		حمام کردن یا لباس پوشیدن	۵۷۵

۳. اصلا محدود نشده است				
Body image				
		فرم Body image	Males : Please select your body image when: 	۵۷۶
کد ۱ تا ۷	Man15	فرم Body image	15 years of age	۵۷۸
کد ۱ تا ۷	Man25	فرم Body image	25 years of age	۵۷۹
کد ۱ تا ۷	Man35	فرم Body image	35 years of age	۵۸۰
کد ۱ تا ۷	Man45	فرم Body image	45 years of age	۵۸۱
کد ۱ تا ۷	Man55	فرم Body image	55 years of age	۵۸۲
		فرم Body image	Females: Please select your body image when 	۵۸۳
کد ۱ تا ۹	Woman15	فرم Body image	15 years of age	۵۸۴
کد ۱ تا ۹	Woman25	فرم Body image	25 years of age	۵۸۵
کد ۱ تا ۹	Woman35	فرم Body image	35 years of age	۵۸۶
کد ۱ تا ۹	Woman45	فرم Body image	45 years of age	۵۸۷
کد ۱ تا ۹	Woman55	فرم Body image	55 years of age	۵۸۸
کد ۱ تا ۹	WomanPrePregnancy	فرم Body image	Before the first pregnancy	۵۸۹
1. Yes 2. No	IfShorterThan20or30	فرم Body image	Are you shorter NOW than when you were in your 20s or 30s?	۵۹۰
عدد	HeightAround25	فرم Body image	How tall were you without shoes on at about age 25? (cm) If you don't remember exactly give your best estimate .	۵۹۱



1. Shorter 2. Taller 3. similar	HeightEvaluationAt10	فرم Body image	When you were about 10 years old, compared to average, would you describe yourself as :	۵۹۲
1. Thinner 2. Plumper 3. similar	WieghtEvaluationAt10	فرم Body image	When you were about 10 years old, compared to average, would you describe yourself as :	۵۹۳
عدد	HairBecomeWhiteAge	فرم Body image	If your hair is naturally grey now, at about what age did your hair begin to go grey?	۵۹۴
شکستگی استخوان - فرم Frac				
۱. بلی ۲. خیر	Frac1	شکستگی استخوان - فرم Frac	آیا تا بحال شکستگی استخوان داشته اید؟ در کدام ناحیه این شکستگی روی داده است؟	۵۹۵
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.1	شکستگی استخوان - فرم Frac	لگن	۵۹۶
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.2	شکستگی استخوان - فرم Frac	بازو	۵۹۷
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.3	شکستگی استخوان - فرم Frac	ساعد	۵۹۸
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.4	شکستگی استخوان - فرم Frac	پا	۵۹۹

محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)				
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.5	شکستگی استخوان- فرم Frac	مج دست	۶۰۰
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.6	شکستگی استخوان- فرم Frac	ستون فقرات	۶۰۱
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.7	شکستگی استخوان- فرم Frac	دنده	۶۰۲
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته (۱.بلی / ۲. خیر) محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل (۱.بلی / ۲. خیر)	Frac1.8	شکستگی استخوان- فرم Frac	سایر	۶۰۳
۱. افتادن ۲. تصادف ۳. سایر	Frac2	شکستگی استخوان- فرم Frac	علت شکستگی چه بوده است؟	۶۰۴
۱. بلی ۲. خیر	Frac3	شکستگی استخوان- فرم Frac	آیا مادر تان دچار شکستگی لگن شده است	۶۰۵



۳. نمی دانم				
عدد (سال)	Frac4	شکستگی استخوان- فرم Frac	اگر بلی مادرتان چند ساله بود وقتی که دچار شکستگی لگن شد؟	۶۰۶
۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم	Frac5	شکستگی استخوان- فرم Frac	ایا پدرتان دچار شکستگی لگن شده است	۶۰۷
عدد (سال)	Frac6	شکستگی استخوان- فرم Frac	اگر بلی پدرتان به هنگام شکستگی لگن چند سال داشت؟	۶۰۸
استئوپوروز- فرم Osteo				
۱. بلی ۲. خیر	Osteo1	استئوپوروز- فرم Osteo	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان شده اید؟	۶۰۹
عدد (سال)	Osteo2	استئوپوروز- فرم Osteo	در چه سنی برای اولین بار به شما گفته شد که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان دارید؟	۶۱۰
۱. رادیوگرافی ۲. دانسیتومتری ۳. سایر	Osteo3	استئوپوروز- فرم Osteo	ملاک تشخیص ان چه بوده است؟	۶۱۱
۱. بلی ۲. خیر	Osteo4	استئوپوروز- فرم Osteo	ایا تا بحال برای مشکل پوکی استخوان دارویی مصرف نموده اید؟	۶۱۲
۱. بلی ۲. خیر	Osteo5	استئوپوروز- فرم Osteo	ایا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل پوکی استخوان استفاده می کنید؟	۶۱۳
متن	Osteo5.1	استئوپوروز- فرم Osteo	اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکلتنان را نام ببرید یا نشان دهید.	۶۱۴
سقوط (زمین خوردن)- فرم Fall				
۱. بلی ۲. خیر	Fall1	سقوط- فرم Fall	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته زمین خورده اید؟	۶۱۵
عدد	Fall2	سقوط- فرم Fall	در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار زمین خورده اید؟	۶۱۶
۱. بلی ۲. خیر	Fall3	سقوط- فرم Fall	ایا حداقل یکی از این زمین خوردن ها بدون دلیل خاصی بوده است؟	۶۱۷



۱. بلی ۲. خیر	Fall4	سقوط - فرم Fall	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بخاطر زمین خوردن به مراکز درمانی/پزشک مراجعه نموده اید؟	۶۱۸
۱. بلی ۲. خیر	Fall5	سقوط - فرم Fall	در طی ۱۲ ماه گذشته آیا بدنبال زمین خوردن دچار شکستگی شده است؟	۶۱۹
۱. بلی ۲. خیر	Fall6	سقوط - فرم Fall	آیا بدنبال زمین خوردگی دچار جراحت/ صدمه دیگری شده اید؟	۶۲۰
متن	Fall6.1	سقوط - فرم Fall	اگر بلی چه صدمه ای؟	۶۲۱
۱. بلی ۲. خیر	Fall7	سقوط - فرم Fall	آیا بدنبال زمین خوردگی در بیمارستان بستری شده اید؟	۶۲۲
عدد (روز، ماه، سال شمسی)	Fall7.1	سقوط - فرم Fall	اگر بلی تاریخ ان؟	۶۲۳
۱. بلی ۲. خیر	Fall8	سقوط - فرم Fall	آیا تا بحال غش/ ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟	۶۲۴
عدد	Fall9	سقوط - فرم Fall	در طی ۱۲ ماه گذشته چندبار غش/ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟	۶۲۵
۱. تاحدودی ۲. خیلی زیاد ۳. خیر	Fall10	سقوط - فرم Fall	آیا از اینکه زمین بخورید می ترسید؟	۶۲۶
۱. بلی ۲. خیر	Fall11	سقوط - فرم Fall	آیا بخاطر ترس از زمین خوردن فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟	۶۲۷
۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید ۵-نمیدانم	Fall12	سقوط - فرم Fall	وقتی راه می روید احساس:	۶۲۸
۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید	Fall13	سقوط - فرم Fall	وقتی می ایستید احساس:	۶۲۹

۳. کمی عدم تعادل می کنید				
۴. عدم تعادل زیادی می کنید				
۵-نمیدانم				
۱. تعادل زیاد می کنید				۶۳۰
۲. تعادل می کنید				
۳. کمی عدم تعادل می کنید				
۴. عدم تعادل زیادی می کنید	Fall14	سقوط - فرم Fall	وقتی از صندلی بلند می شوید احساس:	
تعویض مفصل - فرم Joint				
۱. بلی				۶۳۱
۲. خیر	Joint1	تعویض مفصل - فرم Joint	آیا تابحال تعویض مفصل داشته اید؟	
عدد (سال)	Joint2	تعویض مفصل - فرم Joint	اگر بلی سن تعویض مفصل؟	۶۳۲
۱. هیپ یکطرفه				۶۳۳
۲. هیپ دو طرفه				
۳. زانو یکطرفه				
۴. زانو دو طرفه	Joint3	تعویض مفصل - فرم Joint	اگر بلی کدام مفصل شما تعویض شده است؟	
۱. آرتريت				۶۳۴
۲. شکستگی				
۳. آرتريت و شکستگی				
۴. نمی دانم				
۵. سایر	Joint4	تعویض مفصل - فرم Joint	دلیل این تعویض مفصل چه بوده است؟	
سابقه جراحی - فرم Surg				
۱. بلی				۶۳۵
۲. خیر	Surg1	سابقه جراحی - فرم Surg	آیا سابقه عمل جراحی داشته اید؟	
متن	Surg1.1	سابقه جراحی - فرم Surg	نوع عمل جراحی	۶۳۶
عدد	Surg1.2	سابقه جراحی - فرم Surg	سن عمل جراحی	۶۳۷
شامل موارد Complain1 تا Complain6	Complain	پرستاری - فرم Complain	هر چند وقت یکبار مشکلات زیر را تجربه می کنید؟	۶۳۸
۱. هرگز	Complain1	پرستاری - فرم Complain	خونریزی لثه	۶۳۹

۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه				
۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه	Complain2	پرستاری - فرم Complain	اشکال در بلع	۶۴۰
۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه	Complain3	پرستاری - فرم Complain	ریفلاکس/سوزش سردل	۶۴۱
۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه	Complain4	پرستاری - فرم Complain	یبوست	۶۴۲
۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه	Complain5	پرستاری - فرم Complain	نفخ/گازهای روده ای	۶۴۳
۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی	Complain6	پرستاری - فرم Complain	اسهال	۶۴۴

۴. دو هفته ۵. ماهانه				
عدد (دفعات مصرف: بار در روز/ بار در هفته)	Bowl 1	پرستاری - فرم Complain	جند بار اجابت مزاج در روز/یا در هفته دارید؟	۶۴۵
تاریخچه باروری (مختص زنان) - فرم R				
عدد (سال)	R1	تاریخچه باروری - فرم R	سن شروع قاعدگی (به سال)	۶۴۶
عدد (سال)	R2	تاریخچه باروری - فرم R	سن یائسگی (به سال)	۶۴۷
۱. بلی ۲. خیر	R3	تاریخچه باروری - فرم R	آیا منوپوز (یائسگی) بطور طبیعی بوده است؟	۶۴۸
عدد	R4	تاریخچه باروری - فرم R	تعداد حاملگی های قبلی	۶۴۹
عدد	R5	تاریخچه باروری - فرم R	تعداد زایمانهای مولید زنده	۶۵۰
۱. بلی ۲. خیر	R6	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه مرده زایی	۶۵۱
۱. بلی ۲. خیر	R7	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	۶۵۲
۱. بلی ۲. خیر	R8	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه حاملگی خارج رحمی	۶۵۳
عدد (سال)	R9	تاریخچه باروری - فرم R	سن مادر بهنگام اولین حاملگی	۶۵۴
عدد (سال)	R10	تاریخچه باروری - فرم R	سن مادر بهنگام آخرین حاملگی	۶۵۵
عدد (سال)	R11	تاریخچه باروری - فرم R	سن مادر هنگام اولین تولد نوزاد زنده	۶۵۶
عدد (تعداد)	R12	تاریخچه باروری - فرم R	تعداد سقط	۶۵۷
عدد (سال)	R13	تاریخچه باروری - فرم R	سن بهنگام اولین سقط	۶۵۸
عدد (ماه)	R14	تاریخچه باروری - فرم R	مجموع مدت شیردهی (برحسب ماه) به تفکیک فرزندان	۶۵۹
۱. دارد، یکطرفه ۲. دارد، دوطرفه ۳. ندارد	R15	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه برداشتن تخمدان	۶۶۰
عدد (سال)	R16	تاریخچه باروری - فرم R	سن در زمان برداشتن تخمدان (به سال)	۶۶۱

۱. دارد ۲. ندارد	R17	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه توبکتومی	۶۶۲
۱. دارد ۲. ندارد	R18	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه هیستریکتومی	۶۶۳
عدد (سال)	R19	تاریخچه باروری - فرم R	سن در زمان هیستریکتومی	۶۶۴
۱. دارد ۲. ندارد	R20	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه نازایی	۶۶۵
۱. دارد ۲. ندارد	R21	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه مصرف داروهای مرتبط با نازایی	۶۶۶
۱. بلی ۲. خیر	R22	تاریخچه باروری - فرم R	داروهای ضد بارداری (خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم، .. مصرف می کرده/ می کند؟	۶۶۷
عدد (مدت زمان مصرف به ماه)	R22.1	تاریخچه باروری - فرم R	قرصهای پیشگیری از بارداری	۶۶۸
عدد (مدت زمان مصرف به ماه)	R22.2	تاریخچه باروری - فرم R	ایمپلنت	۶۶۹
عدد (مدت زمان مصرف به ماه)	R22.3	تاریخچه باروری - فرم R	تزریق پروژسترون طولانی مدت	۶۷۰
عدد (مدت زمان مصرف به ماه)	R22.4	تاریخچه باروری - فرم R	وسایل داخل رحمی (IUD)	۶۷۱
۱. بلی ۲. خیر ۳. نمیدانم	R23	تاریخچه باروری - فرم R	داروهای جایگزینی هورمونی (استروژن، پروژسترون) مصرف میکرده/می کند؟	۶۷۲
عدد (مدت زمان مصرف به ماه)	R23.1	تاریخچه باروری - فرم R	در صورت بلی، نوع داروی مورد استفاده	۶۷۳
۱. بلی ۲. خیر ۳. نمیدانم	R24	تاریخچه باروری - فرم R	سابقه غربالگری سرطان پستان یا دهانه رحم دارد؟	۶۷۴
۱. معاینه پستان توسط پزشک/ ماما ۲. ماموگرافی ۳. پاپ اسمیر	R24.1	تاریخچه باروری - فرم R	نوع غربالگری	۶۷۵
عدد (سال)	R24.2	تاریخچه باروری - فرم R	سن آخرین تست	۶۷۶
عدد (تعداد)	R24.3	تاریخچه باروری - فرم R	دفعات انجام تست	۶۷۸



سوالات تاریخچه باروری (مختص مردان) - فرم RM			
۶۷۹	آیا تا بحال صاحب فرزند شده اید؟	تاریخچه باروری - فرم RM	RM1
		۱. بلی ۲. خیر	
۶۸۰	اگر خیر دلیل آن چه بوده است؟	تاریخچه باروری - فرم RM	RM2
		۱. عقیمی/ناباروری خود وی ۲. عقیمی/ ناباروری همسر ۳. هرگز ازدواج نکرده	
۶۸۱	سن بهنگام اولین ازدواج	تاریخچه باروری - فرم RM	RM3
۶۸۲	تعداد فرزندان	تاریخچه باروری - فرم RM	RM4
۶۸۳	سن پدر هنگام تولد اولین فرزند	تاریخچه باروری - فرم RM	RM5
۶۸۴	آیا واکتومی انجام داده اید؟	تاریخچه باروری - فرم RM	RM6
		۱. بلی ۲. خیر	
۶۸۵	اگر بلی، سن بهنگام واکتومی	تاریخچه باروری - فرم RM	RM7
		عدد (سال)	
دخانیات - فرم Smok			
۶۸۶	آیا شما در طول زندگیتان حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده اید؟	دخانیات - فرم Smok	Smok1
		۱. بلی ۲. خیر	
۶۸۷	آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟	دخانیات - فرم Smok	Smok2
		۱. بلی روزانه ۲. بلی گاهی اوقات ۳. خیر	
۶۸۸	اگر بلی اولین سیگار را بطور منظم از چه سنی شروع کردید؟	دخانیات - فرم Smok	Smok2.1
۶۸۹	بطور متوسط چند نخ در شبانه روز سیگار می کشیده یا می کشید؟	دخانیات - فرم Smok	Smok2.2
۶۹۰	اگر دیگر سیگار نمی کشید از چه سنی سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده اید؟	دخانیات - فرم Smok	Smok2.3
۶۹۱	از سن	دخانیات - فرم Smok	Smok2.4
۶۹۲	تا سن	دخانیات - فرم Smok	Smok2.5
۶۹۳	نوع	دخانیات - فرم Smok	Smok2.6
		۱. سیگار کارخانه ای ۲. سیگار دست ساز ۳. سیگار برگ	

۶۹۴	تعداد در روز	دخانیات- فرم Smok	Smok2.7	عدد (تعداد)
۶۹۵	روز در هفته	دخانیات- فرم Smok	Smok2.8	عدد (تعداد)
۶۹۶	آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده/هستید؟	دخانیات- فرم Smok	Smok3	۱. بلی ۲. خیر
۶۹۷	اگر در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده/هستید، چه مدت؟	دخانیات- فرم Smok	Smok3.1	عدد (ساعت در روز)
۶۹۸	اگر در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده/هستید، چه مدت؟	دخانیات- فرم Smok	Smok3.2	عدد (ساعت در هفته)
۶۹۹	آیا شما در تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن هستید؟	دخانیات- فرم Smok	Smok4	۱. بلی ۲. خیر
۷۰۰	اگر در تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن هستید، چه مدت؟	دخانیات- فرم Smok	Smok4.1	عدد (ساعت در روز)
۷۰۱	اگر در تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن هستید، چه مدت؟	دخانیات- فرم Smok	Smok4.2	عدد (ساعت در هفته)
۷۰۲	آیا در دوران کودکی تاکنون فردی در خانواده شما سیگار می کشیده است؟	دخانیات- فرم Smok	Smoke5	۱. بلی ۲. خیر
۷۰۳	آیا تاکنون قلیان استفاده کرده اید؟	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1	۱. بلی ۲. خیر
۷۰۴	مدت زمان مصرف (به سال)	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1.1	عدد (سال)
۷۰۵	دفعات معمول روزانه	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1.2	عدد (تعداد)
۷۰۶	روز در هفته	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1.3	عدد (تعداد)
۷۰۷	اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1.4	متن
۷۰۸	آیا تاکنون پیپ استفاده کرده اید؟	دخانیات- فرم Pipe	Pipe1	۱. بلی ۲. خیر
۷۰۹	مدت زمان مصرف (به سال)	دخانیات- فرم Pipe	Pipe1.1	عدد (سال)
۷۱۰	دفعات معمول روزانه	دخانیات- فرم Pipe	Pipe1.2	عدد (تعداد)
۷۱۱	روز در هفته	دخانیات- فرم Pipe	Pipe1.3	عدد (تعداد)
۷۱۲	اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود	دخانیات- فرم Pipe	Pipe1.4	متن
الکل- فرم Alco				



۱. بلی			آیا تاکنون از مشروبات الکلی استفاده کرده اید؟	۷۱۳
۲. خیر	Alco1	الکل - فرم Alco		
۱. آبجو				۷۱۴
۲. مشروبات با الکل $>40\%$ (ودکا، ویسکی و...)				
۳. مشروبات دست ساز				
۴. سایر	Alco1.1	الکل - فرم Alco	نوع مشروبات الکلی	
عدد (سال)	Alco1.2	الکل - فرم Alco	مدت مصرف (به سال)	۷۱۵
عدد (cc)	Alco1.3	الکل - فرم Alco	متوسط میزان مصرف در هر بار مصرف (cc)	۷۱۶
عدد (تعداد)	Alco1.4	الکل - فرم Alco	تعداد دفعات در ماه	۷۱۷
متن	Alco1.5	الکل - فرم Alco	توضیحات	۷۱۸
مواد مخدر - فرم Adic				
۱. بلی			آیا تاکنون از مواد مخدر استفاده کرده اید؟	۷۱۹
۲. خیر	Adic1	مواد مخدر - فرم Adic		
۱. تریاک				۷۲۰
۲. هرویین				
۳. شیشه				
۴. کوکائین				
۵. کراک				
۶. سایر	Adic1.1	مواد مخدر - فرم Adic	نوع ماده مخدر	
۱. خوراکی				۷۲۱
۲. استنشاقی				
۳. تزریقی	Adic1.2	مواد مخدر - فرم Adic	نحوه مصرف	
عدد (سال)	Adic1.3	مواد مخدر - فرم Adic	مدت زمان مصرف (به سال)	۷۲۲
عدد (تعداد)	Adic1.4	مواد مخدر - فرم Adic	مصرف روزانه	۷۲۳
عدد (تعداد)	Adic1.5	مواد مخدر - فرم Adic	روز در هفته	۷۲۴
متن	Adic1.6	مواد مخدر - فرم Adic	اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود	۷۲۵



سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH			
۷۲۶	ایا پدر/ مادر یا برادر/ خواهر شما تابحال هر کدام از بیماریها/ مشکلات زیر را داشته اند؟	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. بلی ۲. خیر FH
۷۲۷	دیابت	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر FH1
۷۲۸	فشار خون	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر FH2
۷۲۹	نارسایی قلبی (CHF)	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر FH3
۷۳۰	سکته قلبی	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر FH4
۷۳۱	سکته مغزی	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر FH5
۷۳۲	سابقه ابتلا به سرطان	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر FH6

۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH6.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان معده	۷۳۳
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH6.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان کولورکتال	۷۳۴
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH6.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان پستان	۷۳۵
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH6.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان پروستات	۷۳۶
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH6.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سایر	۷۳۷
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	بیماریهای مزمن تنفسی	۷۳۸
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر	FH8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه صرع	۷۳۹



۴. خواهر				
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه افسردگی شدید	۷۴۰
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه سردرد مزمن	۷۴۱
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH11	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه آلزایمر/ دمانس	۷۴۱
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH12	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه شکستگی لگن	۷۴۲
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH13	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	روماتیسم مفصلی / ارتريت	۷۴۳
۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر	FH14	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سایر	۷۴۴
سیستم قلبی عروقی-قلب (پرسشنامه "WHO Rose")- فرم Heart				
۱. بلی	Heart1	قلبی عروقی- فرم Heart	ایا تا بحال هر گونه درد یا ناراحتی در قفسه سینه خود داشته اید؟	۷۴۵



۲. خیر				
۱. بلی ۲. خیر ۳. با عجله راه نمی روم و یا از سربالایی بالا نمی روم	Heart2	قلبی عروقی - فرم Heart	ایا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن در سربالایی یا عجله است؟	۷۴۶
۱. بلی ۲. خیر	Heart3	قلبی عروقی - فرم Heart	ایا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن معمولی است؟	۷۴۷
عدد (متر)	Heart3.1	قلبی عروقی - فرم Heart	در صورت بلی چند قدم راه بروید دچار درد قفسه سینه می شود؟	۷۴۸
۱. می ایستم یا اهسته تر راه می روم ۲. از نیتروگلیسرین استفاده می کنم و به همان صورت فبلی ادامه می دهم ۳. نامشخص ۴. امتناع	Heart4	قلبی عروقی - فرم Heart	وقتی که بهنگام راه رفتن دچار این درد می شوید چه می کنید؟	۷۴۹
۱. بهتر می شود ۲. فرقی نمی کند ۳. امتناع ۴. نامشخص	Heart5	قلبی عروقی - فرم Heart	اگر بایستید آیا بهتر می شود یا خیر؟	۷۵۰
۱. ۱۰ دقیقه و کمتر ۲. بیشتر از ۱۰ دقیقه ۳. امتناع از پاسخ ۴. نامشخص	Heart6	قلبی عروقی - فرم Heart	در چه مدت زمانی بهتر می شود؟	۷۵۱
متن	Heart7	قلبی عروقی - فرم Heart	به این تصویر نگاه کنید و دقیقا به من بگویید کجا/ها احساس درد می کنید (چند نقطه هم می تواند انتخاب شود) 	۷۵۲



۷۵۳	ایا تابحال دردی درجلوی قفسه سینه اشته اید که نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart8	۱. بلی ۲. خیر
۷۵۴	ایا پزشک تابحال به شما گفته است که حمله قلبی یا سکته قلبی داشته اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart9	۱. بلی ۲. خیر
۷۵۵	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار حمله یا سکته قلبی شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart10	عدد (سال)
۷۵۶	ایا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart11	۱. بلی ۲. خیر
۷۵۷	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart12	۱. بلی ۲. خیر
۷۵۸	ایا تا بحال پزشک به شما گفته است که آنژین صدری (درد قفسه سینه بخاطر بیماری قلبی) دارید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart13	۱. بلی ۲. خیر
۷۵۹	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار آنژین صدری هستید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart14	عدد (سال)
۷۶۰	ایا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart15	۱. بلی ۲. خیر
۷۶۱	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart16	۱. بلی ۲. خیر
۷۶۲	ایا تابحال جراحی بایپس کرونر، آنژیو پلاستی (استنت/ یا بالون) برای بیماری قلبی تان داشته اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart17	۱. بای پس عروق کرونر ۲. آنژیوپلاستی (استنت/بالون آنژیوپلاستی)
۷۶۳	ایا تابحال آنژیوگرافی داشته اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart18	۱. بلی ۲. خیر
۷۶۴	ایا تابحال پزشک به شما گفته است گرفتگی شریانی (رگهای قلبتان) دارید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart19	۱. بلی ۲. خیر
۷۶۵	ایا تابحال تورم/ ادم در هر دو مچ پا داشته اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart20	۱. بلی ۲. خیر
۷۶۶	ایا تابحال پزشک به شما گفته است نارسایی قلبی دارید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart21	۱. بلی ۲. خیر



۷۶۷	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار نارسایی قلبی هستید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart22	عدد (سال)
۷۶۸	ایا بخاطر این مشکل قلبی (نارسایی قلبی) از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart23	۱. بلی ۲. خیر
۷۶۹	ایا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان (نارسایی قلبی) در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart24	۱. بلی ۲. خیر
۷۷۰	ایا تابحال پزشک به شما گفته است ریتم قلبی غیر نرمال دارید؟	قلبی عروقی - فرم Heart	Heart25	۱. بلی ۲. خیر
پرفشاری خون (هایپر تانسیون) - فرم BP				
۷۷۱	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است فشارخون بالا یا پرفشاری خون دارید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP1	۱. بلی ۲. خیر
۷۷۲	چند ساله بودید که پزشک به شما برای اولین بار گفت که پرفشاری خون دارید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP2	عدد (سال)
۷۷۳	آیا در حال حاضر برای فشارخون بالا دارو مصرف می کنید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP3	۱. بلی ۲. خیر
۷۷۴	آیا می توانید نام داروهای مصرفی خود را بگویید یا آنها را به من نشان بدهید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP4	متن
۷۷۵	آیا در حال حاضر با رژیم غذایی، یا ورزش و یا هر درمان غیر دارویی دیگر برای فشارخون بالا تحت درمان هستید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP5	۱. بلی ۲. خیر
معاینه قلبی				
۷۷۶	S3 Gallop	فرم معاینه قلبی		1. No 2. Yes 3. Maybe 4. Unk
۷۷۷	S4 Gallop	فرم معاینه قلبی		1. No 2. Yes 3. Maybe 4. Unk
۷۷۸	Systolic Click	فرم معاینه قلبی		1. No 2. Yes 3. Maybe 4. Unk



1. No 2. Yes 3. Maybe 4. Unk		فرم معاینه قلبی	Neck vein distension at 30 and 45 degrees (sitting upright)	۷۷۹
1. No 2. Yes 3. Maybe 4. Unk		فرم معاینه قلبی	Irregular pulse	۷۸۰
1. No 2. Yes		فرم معاینه قلبی	Systolic murmur(s)	۷۸۱
0=No sound 1 to 6 = for grade of sound heard 9=Unk		فرم معاینه قلبی	Murmur Grade	۷۸۲
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk.		فرم معاینه قلبی	Diastolic murmur(s)	۷۸۳
Physical Exam--Peripheral Vessels				
0=No abnormality 1=Yes 9=Unk		فرم معاینه قلبی	Stem varicose veins (<i>Do not code reticular or spider varicosities</i>) right	۷۸۴
0=No abnormality 1=Yes 9=Unk		فرم معاینه قلبی	Stem varicose veins (<i>Do not code reticular or spider varicosities</i>) left	۷۸۵
0=No 1=Yes, 2=Maybe, 8=absent due to amputation 9=Unk		فرم معاینه قلبی	Ankle edema, right	۷۸۶
0=No 1=Yes, 2=Maybe, 8=absent due to amputation 9=Unk		فرم معاینه قلبی	Ankle edema, left	۷۸۷
0=N 1=Toes only 2=Foot		فرم معاینه قلبی	Amputation level, right	۷۸۸



3=below Knee 4=above Knee 5= Other 9=Unk.				
0=N 1=Toes only 2=Foot 3=below Knee 4=above Knee 5= Other 9=Unk.		فرم معاینه قلبی	Amputation level, left	۷۸۹
Artery				
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	Femoral (right)	۷۹۰
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	Femoral (left)	۷۹۱
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	Popliteal (right)	۷۹۲
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	Popliteal (left)	۷۹۳
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	Post Tibial (right)	۷۹۴
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	Post Tibial (left)	۷۹۵
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	DorsalisPedis (right)	۷۹۶
1.Present 2.Abnormal 9.Unk		فرم معاینه قلبی	DorsalisPedis (left)	۷۹۷
سیستم تنفسی - فرم Res				

۷۹۸	ایا تابحال پزشک به شما گفته است که دارید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1	۱. بلی ۲. خیر
۷۹۹	آسم	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1	عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیت بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر
۸۰۰	برونشیت مزمن	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2	عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیت بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر
۸۰۱	بیماری های انسدادی ریه	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.3	عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیت بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر
۸۰۲	آمفیزم	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.4	عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیت بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر
۸۰۳	آیا تا بحال بیماری دیگر تنفسی داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res2	۱. بلی ۲. خیر
۸۰۴	آیا تا بحال جراحی قفسه سینه داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res3	۱. بلی ۲. خیر



۸۰۵	آیا در حال حاضر برای مشکل ریوی (تنفسی) اکسیژن دریافت می کنید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res4	۱. بلی ۲. خیر
۸۰۶	ایا بخاطر این مشکل تنفسی هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده است؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res5	۱. بلی ۲. خیر
۸۰۷	ایا در ۱۲ ماه گذشته بجز سرماخوردگی یا برای صاف کردن گلو، سرفه داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res6	۱. بلی ۲. خیر
۸۰۸	ایا در طی ۱۲ ماه گذشته با سرفه صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res7	۱. بلی ۲. خیر
۸۰۹	آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res8	۱. بلی ۲. خیر
۸۱۰	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقعی که سرماخورده بوده اید خلط داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res9	۱. بلی ۲. خیر
۸۱۱	ایا در طی ۱۲ ماه گذشته باخلط صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res10	۱. بلی ۲. خیر
۸۱۲	آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res11	۱. بلی ۲. خیر
۸۱۳	چند سال است که با خلط سینه مشکل دارید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res12	عدد (سال)
۸۱۴	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خس خس یا صدای مانند سوت در سینه داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res13	۱. بلی ۲. خیر
۸۱۵	اگر بلی هر چند وقت یکبار این مشکل را داشتید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res14	۱. بیشتر روزها و شبها ۲. چند روز یا شب در هفته ۳. چند روز یا شب در ماه ۴. چند روز یا شب در سال
۸۱۶	ایا شما این خس خس یا صدای مانند سوت در سینه را در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقع سرماخوردگی داشته اید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res15	۱. بلی ۲. خیر

۱. بلی ۲. خیر	Res16	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دچار حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه شده اید که باعث تنگی نفس بشود؟	۸۱۷
۱. بلی ۲. خیر	Res17	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه از خواب بیدار شده اید؟	۸۱۸
۱. بلی ۲. خیر	Res18	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا بهنگام تند راه رفتن در سطح صاف یا بالا رفتن از سربالای دچار تنگی نفس می شوید؟	۸۱۹
۱. بلی ۲. خیر	Res19	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام استراحت روزانه دچار حمله تنگی نفس شده اید؟	۸۲۰
۱. بلی ۲. خیر	Res20	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شما باید بهنگام راه رفتن معمولی برای تجدید تنفس بایستید؟	۸۲۱
۱. بلی ۲. خیر	Res21	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام فعالیت شدید دچار تنگی نفس شده اید؟	۸۲۲
۱. بلی ۲. خیر	Res22	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با تنگی نفس از خواب بیدار شده اید؟	۸۲۳
۱. بلی ۲. خیر	Res23	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا دچار قطع تنفس در موقع خواب هستید؟	۸۲۴
۱. آیا اطرافیان متوجه قطع تنفس شما شده اند ۲. خودتان به دلیل وقف تنفس از خواب بیدار می شوید	Res24	سیستم تنفسی - فرم Res	اگر دچار قطع تنفس در موقع خواب هستید؟	۸۲۵
۱. بلی ۲. خیر	Res25	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شبها احساس نامطبوع در پاها از قبیل گزگز، گرما، کرخ شدن دارید که مانع بخواب رفتن شما بشود؟	۸۲۶
۱. راه رفتن ۲. مالیدن ۳. خاراندن ۴. بالا گرفتن پاها ۵. غیره	Res26	سیستم تنفسی - فرم Res	این احساس نامطبوع با کدام یک از روش / روشهای زیر برطرف/کم می شود؟	۸۲۷



۱. بلی			آیا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل تنفسی تان استفاده می کنید؟	۸۲۸
۲. خیر	Res27	سیستم تنفسی - فرم Res		
متن	Res27.1	سیستم تنفسی - فرم Res	اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکل تنفسی تان را نام ببرید یا نشان دهید.	۸۲۹
معاینه ریوی				
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	Inspection/Observation	۸۳۰
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	Kyphosis	۸۳۱
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	scoliosis	۸۳۲
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	Pectus Cannatum	۸۳۳
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	Pectus Excavantum	۸۳۴
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	Barrel chest	۸۳۵
0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk		فرم معاینه ریوی	Cyanosis of nail bed	۸۳۶
0=No		فرم معاینه ریوی	Clubbing	۸۳۷



1=Yes 2=Maybe 9=Unk				
عدد (سانتیمتر)		فرم معاینه ریوی	قطر قدامی خلفی قفسه سینه به سانتی متر	۸۳۸
عدد (سانتیمتر)		فرم معاینه ریوی	قطر عرضی قفسه سینه به سانتیمتر	۸۳۹
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Normal (right)	۸۴۰
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Normal (left)	۸۴۱
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Wheezing on auscultation(right)	۸۴۲
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Wheezing on auscultation (left)	۸۴۳
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Rales/ Crackles(right)	۸۴۴
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Rales/ Crackles(left)	۸۴۵
0.No 1.Yes 2.Maybe 9.Unk		فرم معاینه ریوی	Abnormal breath sounds(right)	۸۴۶
0.No 1.Yes		فرم معاینه ریوی	Abnormal breath sounds(left)	۸۴۷



2.Maybe 9.Unk				
ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro				
۱. بلی ۲. خیر	Neuro1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا تابحال پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را ببرید) دارید؟	۸۴۸
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر	Neuro1.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	سکته مغزی	۸۴۹
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر	Neuro1.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مینی استروک (TIA)	۸۵۰
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر	Neuro1.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	صرع	۸۵۱
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر	Neuro1.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مولتیپل اسکلروزیس یا بیماری ام.اس	۸۵۲
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر	Neuro1.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	سر درد میگرنی	۸۵۳

محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر				
عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته: ۱. بلی، ۲. خیر محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل: ۱. بلی، ۲. خیر	Neuro1.6	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مشکل حافظه/دمانس/الزایمر	۸۵۴
اپیزودهای عروق مغزی				
۱. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۴. نمی دانم	Neuro1.7	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	اپیزودهای عروق مغزی	۸۵۵
مدت زمان داشتن این علامت (۱. کمتر از ۲۴ ساعت، ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	Neuro2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا تابحال هر کدام از علایم زیر را داشته اید؟	۸۵۶
۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	Neuro2.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	ضعف عضلانی ناگهانی	۸۵۷
۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	Neuro2.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	اختلال تکلم ناگهانی	۸۵۸
۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	Neuro2.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	کاهش ناگهانی دید	۸۵۹
۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	Neuro2.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	دو بینی ناگهانی	۸۶۰
۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	Neuro2.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	از دست دادن ناگهانی دید یک چشم	۸۶۱
۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	Neuro2.6	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	کرختی و گزگز ناگهانی در اندام	۸۶۲



۸۶۳	از دست دادن ناگهانی درک صحبت دیگران	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro2.7	۱. کمتر از ۲۴ ساعت ۲. بیشتر مساوی ۲۴ ساعت
بیماری پارکینسون / علایم پارکینسون				
۸۶۴	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است بیماری پارکینسون دارید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro3	۱. بلی ۲. خیر
۸۶۵	چند ساله بودید وقتی پزشک به شما گفت این بیماری را دارید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro4	عدد (سال)
۸۶۶	آیا تحت درمان دارویی هستید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro5	۱. بلی ۲. خیر
۸۶۷	می توانید نام داروهایی را که استفاده می کنید به من بگویید یا آنها را به من نشان دهید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro6	متن
۸۶۸	آیا لرزش اندام تان وقتی که در حالت استراحت هستید بیشتر است یا وقتی که کاری انجام می دهید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro7	۱. در حال استراحت ۲. هنگام استفاده/ کار
۸۶۹	آیا دست خط تان کوچکتر از قبل شده است؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro8	۱. بلی ۲. خیر
۸۷۰	آیا در بستن دکمه مشکل دارید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro9	۱. بلی ۲. خیر
۸۷۱	آیا دستها یا پاهایتان می لرزد؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro10	۱. بلی ۲. خیر
۸۷۲	آیا مردم می گویند که نسبت به قبل صدای شما نازک تر شده است؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro11	۱. بلی ۲. خیر
۸۷۳	آیا پاهایتان ناگهانی قفل می کند؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro12	۱. بلی ۲. خیر
۸۷۴	آیا مجبورید قدمهای کوتاه بردارید وقتی راه می روید چون پاهایتان می لرزد؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro13	۱. بلی ۲. خیر
۸۷۵	آیا تعادل ضعیفی دارید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro14	۱. بلی ۲. خیر



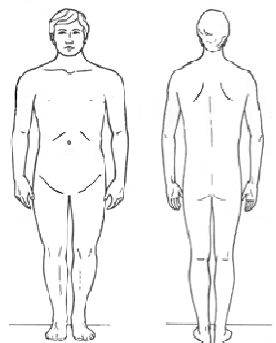
۱. بلی ۲. خیر	Neuro15	ارزیابی نورولوژیکی- فرم Neuro	آیا صورتان نسبت به قبل کمتر حالت می گیرد؟	۸۷۶
۱. بلی ۲. خیر	Neuro16	ارزیابی نورولوژیکی- فرم Neuro	آیا برخاستن از صندلی برایتان مشکل است؟	۸۷۷
مشکلات ادراری (Revised Urinary Incontinence Scale (RUIS) - فرم RUIS				
۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد	RUIS	مشکلات ادراری- فرم RUIS	ایا شما هر کدام از مشکلات زیر را دارید اگر بلی به چه میزان باعث ناراحتی شما شده است؟	۸۷۸
۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد	RUIS1	مشکلات ادراری- فرم RUIS	نشت ادراری به دلیل فوریت در دفع ادرار	۸۷۹
۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد	RUIS2	مشکلات ادراری- فرم RUIS	نشت ادراری به هنگام فعالیت فیزیکی، سرفه یا عطسه	۸۸۰
۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد	RUIS3	مشکلات ادراری- فرم RUIS	سوزش یا ناراحتی به هنگام دفع ادرار	۸۸۱
۱. هیچوقت ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در هفته ۵. هر روز/ شب	RUIS4	مشکلات ادراری- فرم RUIS	هر چند وقت یکبار شما دچار نشت ادراری می شوید؟	۸۸۲
۱. چند قطره	RUIS5	مشکلات ادراری- فرم RUIS	چه مقدار ادرار در هر نوبت دفع می کنید؟	۸۸۳

۲. مقداری کمی				
۳. زیاد				
۱. بلی				۸۸۴
۲. خیر	RUIS6	مشکلات ادراری- فرم RUIS	ایا در طی ۱۲ ماه گذشته خارج از کنترل خود ادرار داشته اید؟	
۱. بلی			ایا تا به حال این مشکل ادراری به پرشک / پرستار/ماما مراجعه	۸۸۵
۲. خیر	RUIS7	مشکلات ادراری- فرم RUIS	کرده اید؟	
۱. بلی			آیا بخاطر مشکل نشت ادراری فعالیتهای شما محدود شده است	۸۸۶
۲. خیر	RUIS8	مشکلات ادراری- فرم RUIS	(انجام کار یا رفتن به جایی) ؟	
عفونت ادراری -Urinary Tract Infection (UTI) فرم UTI				
۱. بلی				۸۸۷
۲. خیر	UTI1	عفونت ادراری -فرم UTI	ایا تابحال عفونت ادراری داشته اید ؟	
عدد (تعداد)	UTI2	عفونت ادراری -فرم UTI	اگر بلی چند بار	۸۸۸
عدد (روز، ماه، سال شمسی)	UTI3	عفونت ادراری -فرم UTI	اگر بلی آخرین بار کی بوده است؟	۸۸۹
۱. بلی				۸۹۰
۲. خیر	UTI4	عفونت ادراری -فرم UTI	ایا تا به حال این مشکل عفونت ادراری به پرشک مراجعه کرده اید؟	
۱. بلی				۸۹۱
۲. خیر	Otherurin1	عفونت ادراری -فرم UTI	آیا دارو های مدر مصرف می کنید؟	
۱. بلی				۸۹۲
۲. خیر	Otherurin2	عفونت ادراری -فرم UTI	آیا داروهای مدر را در وعده عصر یا شب مصرف می کنید؟	
عدد (تعداد)	Otherurin3	عفونت ادراری -فرم UTI	از ساعت ۷ عصر تا آخر شب چند استکان چایی مصرف می کنید؟	۸۹۳
علائم و نشانه های مربوط به پروستات (مردان)- فرم IPSS				
۱. هیچوقت				۸۹۴
۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار				
۳. کمتر از نصف موارد				
۴. در حدود نصف دفعات				
۵. بیشتر از نصف دفعات				
۶. تقریباً همیشه	IPSS1	پروستات- فرم IPSS	آیا در طی ماه گذشته هریک از مشکلات زیر را داشته اید؟	

۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریباً همیشه	IPSS1.1	پروستات- فرم IPSS	احساس تخلیه ناکامل مثانه	۸۹۵
۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریباً همیشه	IPSS1.2	پروستات- فرم IPSS	جریان ضعیف ادراری	۸۹۶
۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریباً همیشه	IPSS1.3	پروستات- فرم IPSS	فوریت در دفع ادرار بطوریکه نمی توانستید آن را عقب بیندازید	۸۹۷
۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریباً همیشه	IPSS1.4	پروستات- فرم IPSS	قطع و وصل شدن جریان ادرار در طی ادرار کردن	۸۹۸
۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد	IPSS1.5	پروستات- فرم IPSS	زور زدن برای شروع ادرار کردن	۸۹۹

۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریباً همیشه				
۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریباً همیشه	IPSS1.6	پروستات- فرم IPSS	فوریت در دفع ادرار در کمتر از ۲ ساعت از نوبت قبل	۹۰۰
۱. خیلی خوب ۲. خوب ۳. قابل قبول ۴. نه خوب نه بد ۵. تقریباً بد ۶. خیلی بد ۷. وحشتناک		پروستات- فرم IPSS	بطور کلی وضعیت ادرار کردن خود را در حال حاضر چطور توصیف می کنید؟	۹۰۱
غربالگری پروستات (مردان) - فرم Pscreen				
۱. بلی ۲. خیر	Pscreen1	پروستات- فرم Pscreen	آیا تابحال آزمایش خونی برای چک کردن بیماری پروستات (آنتی ژن اختصاصی پروستات) انجام داده اید (این آزمایش از طرف برخی از پزشکان برای بررسی وجود بیماری پروستات تجویز می شود)؟	۹۰۹
عدد (روز، ماه، سال شمسی)	Pscreen2	پروستات- فرم Pscreen	اگر بلی تاریخ آخرین تست	۹۰۳
۱. بلی ۲. خیر	Pscreen3	پروستات- فرم Pscreen	آیا تابحال اندازه پروستات در بررسی سونوگرافی تشخیص داده شده است؟	۹۰۴
عدد (روز، ماه، سال شمسی)	Pscreen4	پروستات- فرم Pscreen	اگر بلی تاریخ آن	۹۰۵
عدد	Pscreen4.1	پروستات- فرم Pscreen	در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه	۹۰۶



۹۰۷	آیا تابحال پزشک به شما گفته است که یک غده پروستات بزرگ شده دارید؟ (بزرگی خوش خیم پروستات)؟	پروستات- فرم Pscreen	Pscreen5	۱. بلی ۲. خیر
۹۰۸	در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه	پروستات- فرم Pscreen	Pscreen5.1	عدد
۹۰۹	اگر بلی ، آیا درمانی برای شما انجام شده است؟	پروستات- فرم Pscreen	Pscreen6	۱. بلی ۲. خیر
۹۱۰	نام داروها ذکر شود	پروستات- فرم Pscreen	Pscreen6.1	متن
ارتریت / استئوآرتریت- فرم Pain				
۹۱۱	آیا تا کنون در هر جایی از بدن خود احساس درد / سفتی (خشکی) / تورم/ درد در اثر فشار که حداقل یکماه طول کشیده باشد داشته / دارید؟	ارتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	Pain1	۱. بلی ۲. خیر
۹۱۲	می توانید بگویید بیشترین درد/ سفتی / تورم/ درد در اثر فشار را در کجای بدنتان احساس می کنید/کرده اید؟ (به شکلهای زیر نگاه کنید و محل آن را نشان دهید) برای درد روی شکل علامت +، تورم علامت * و برای سفتی (خشکی) علامت ≠ بگذارید) مفصل مشخص شود در اشکال یا در صورت درد مفصلی روی شکل مفصل نشان داده شود	ارتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	Pain2	عدد (کد محل درد، تورم، سفتی)
۹۱۳		ارتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	Pain2.1	درد تورم سفتی (خشکی)



۹۱۴	چه مدتی است که این مشکل راداشته/ دارید؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain3	عدد (سال)
۹۱۵	ایا این درد/سفتی (خشکی)/ تورم/ درد در اثر فشار را در طی ۷ روز گذشته داشته اید؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain4	۱. بلی ۲. خیر
۹۱۶	اگر در هفت روز گذشته مشکل نداشته اید و در گذشته داشته اید آیا می توانید بمن بگویید در چه سالی/ یا سنی این درد/سفتی/تورم/ درد در اثر فشار را برای اولین بار داشته اید؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain5	عدد (سال)
۹۱۷	چه مدت زمانی این مشکل طول کشیده است؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain6	عدد
۹۱۸	دردی که در گذشته داشته اید یا در حال حاضر دارید، آیا درد در صبحها؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain7	۱. بیشتر بوده/ است ۲. کمتر بوده/ است ۳. فرقی نداشته/ندارد
۹۱۹	آیا درد با فعالیت؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain8	۱. بیشتر بوده/ است ۲. کمتر بوده/ است ۳. فرقی نداشته/ندارد
۹۲۰	آیا درد بعد از خواب رفتن شما را از خواب بیدار می کرده/ می کند؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain9	۱. بلی ۲. خیر
۹۲۱	اگر بلی چه ساعتی حدودا بیدار می شوید؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain9.1	عدد (ساعت)
۹۲۲	آیا بخاطر این مشکل (درد/سفتی (خشکی)/درد در اثر فشار) هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده بود/شده است؟	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain10	۱. بلی ۲. خیر
۹۲۳	یک خط عمودی در نقطه ای که بهترین توصیف شدت درد شما باشد روی خط زیر بکشید؟ (از یک تا ۱۰ شماره گذاری شود) (صفر) اصلا دردی ندارم (۱۰) بیشترین درد قابل تصور	ارتریت/ استئوآرتریت- فرم Pain	Pain11	عدد (از یک تا ۱۰)

۹۲۴	شدت دردی را که بیاد می آورید یا در حال حاضر دارید چگونه توصیف می نمائید؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain12	۱. خفیف ۲. ناراحت کننده ۳. آزاردهنده ۴. طاقت فرسا ۵. کشنده
۹۲۵	آیا هر گونه دارویی / اقدامی برای کنترل آن مصرف کرده / می کنید ؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain13	۱. بلی ۲. خیر
۹۲۶	یا می توانید نام داروها یا اقداماتی را که برای کاهش / رفع آن انجام داده اید نام ببرید (یا بمن نشان دهید در صورتی که در حال حاضر درمان دارویی می گیرید)؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain14	متن
۹۲۷	ایا پزشک به شما گفته است که استئو آرتريت / آرتروز دارید؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain15	۱. بلی ۲. خیر
۹۲۸	ایا پزشک به شما گفته است که آرتريت / روماتیسم مفصلی دارید؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain16	۱. بلی ۲. خیر
۹۲۹	در چه سنی به شما گفته شد که آرتريت / روماتیسم مفصلی دارید؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain17	عدد (سال)
۹۳۰	ایا تحت درمان هستید؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain18	۱. بلی ۲. خیر
۹۳۱	آیا حادثه و ضربه ای (منظور کشیدگی عضله یا جراحت) قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain19	۱. بلی ۲. خیر ۳. به خاطر نمی آورم
۹۳۲	در صورت بلی، چه حادثه ای قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain20	۱. عدم تعادل و افتادن حین حرکت ۲. تصادف وسایل نقلیه ۳. سقوط ۴. ضربه و یا برخورد جسمی سخت به شما ۵. سایر
۹۳۳	کدامیک از موارد زیر را دارید؟	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain21	شامل موارد Pain21.1 تا Pain21.5



۹۳۴	درد ژنرالیزه	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain21.1	۱. بلی ۲. خیر
۹۳۵	احساس سرما در بدن	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain21.2	۱. بلی ۲. خیر
۹۳۶	عدم تحمل سرما	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain21.3	۱. بلی ۲. خیر
۹۳۷	خستگی و کوفتگی صبحگاهی	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain21.4	۱. بلی ۲. خیر
۹۳۸	فقدان انرژی کافی	ارتریت / استئوآرتریت - فرم Pain	Pain21.5	۱. بلی ۲. خیر
سابقه سایر بیماریها - فرم H				
۹۳۹	آیا تابحال پزشک به شما گفته است که (نام موارد ذیل برده شود) دارید؟			عدد (سن تشخیص) دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته، محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل، بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب (۱. بلی، ۲. خیر)
گوارش				
۹۴۰	اولسر پپتیک	سابقه سایر بیماریها - فرم H H	H1	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۱	بیماری کرون	سابقه سایر بیماریها - فرم H H	H2	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۲	کبد چرب	سابقه سایر بیماریها - فرم H H	H3	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر



۹۴۳	سنگ کیسه صفرا	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H4	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
سرطان				
۹۴۴	ریه	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H5	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۵	معهده	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H6	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۶	مری	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H7	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۷	پستان	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H8	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۸	پروستات	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H9	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۴۹	کولورکتال	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H10	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
غدد و متابولیسم				
۹۵۰	دیابت نوع ۱	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H11	عدد (سن تشخیص) ۱. بلی ۲. خیر
۹۵۱	دیابت نوع ۲	سابقه سایر بیماریها- فرم H	H12	عدد (سن تشخیص)

۱. بلی				
۲. خیر				
عدد (سن تشخیص)			کبد چرب	۹۵۲
۱. بلی				
۲. خیر	H13	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
عدد (سن تشخیص)			کم کاری تیروئید	۹۵۳
۱. بلی				
۲. خیر	H14	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
عدد (سن تشخیص)			پرکاری تیروئید	۹۵۴
۱. بلی				
۲. خیر	H15	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
سیستم اداری				
عدد (سن تشخیص)			سنگ کلیه	۹۵۵
۱. بلی				
۲. خیر	H16	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
عدد (سن تشخیص)			نارسایی کلیه	۹۵۶
۱. بلی				
۲. خیر	H17	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
عدد (سن تشخیص)			بی اختیاری ادراری	۹۵۷
۱. بلی				
۲. خیر	H18	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
روانپزشکی				
عدد (سن تشخیص)			افسردگی	۹۵۸
۱. بلی				
۲. خیر	H19	سابقه سایر بیماریها- فرم H		
عدد (سن تشخیص)			اضطراب	۹۵۹
۱. بلی	H20	سابقه سایر بیماریها- فرم H		

۲. خیر				
سابقه مصرف داروها- فرم D				
۹۶۰	داروهای قلبی و پرفشاری خون	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1	شامل موارد D1.1 تا D1.8
۹۶۱	آسپرین	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.1	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۲	وارفارین / هپارین / پلاویکس	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.2	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۳	دیورتیک ها	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۴	بتابلاکرها (آتنولول، پروپرانولول، متوپرولول)	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.4	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۵	ACEi (کاپتوپریل)	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.5	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۶	دیگوکسین	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.6	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۷	لوزارتان- والسارتان	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.7	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۶۸	سایر	سابقه مصرف داروها- فرم D	D1.8	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
	داروهای دیابت	سابقه مصرف داروها- فرم D	D2	شامل موارد D2.1 تا D2.4
۹۶۹	انسولین	سابقه مصرف داروها- فرم D	D2.1	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۷۰	متفورمین	سابقه مصرف داروها- فرم D	D2.2	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
۹۷۱	گلیبن کلامید	سابقه مصرف داروها- فرم D	D2.3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)

مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D2.4	سابقه مصرف داروها- فرم D	سایر	۹۷۲
شامل موارد D3.1 تا D3.3	D3		داروهای هایپرلیپیدمی	
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D3.1	سابقه مصرف داروها- فرم D	استاتین ها (آتوروستاتین و استاتین ها)	۹۷۳
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D3.2	سابقه مصرف داروها- فرم D	جم فیبروزیل	۹۷۴
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D3.3	سابقه مصرف داروها- فرم D	سایر	۹۷۵
شامل موارد D4.1 تا D4.7	D4		داروهای اعصاب و روان	
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D4.1	سابقه مصرف داروها- فرم D	بنزودیازپین ها	۹۷۶
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D4.2	سابقه مصرف داروها- فرم D	والپروات سدیم	۹۷۷
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D4.3	سابقه مصرف داروها- فرم D	ضد تشنج ها	۹۷۸
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D4.5	سابقه مصرف داروها- فرم D	ضد افسردگی	۹۷۹
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D4.6	سابقه مصرف داروها- فرم D	ضد اضطراب	۹۸۰
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D4.7	سابقه مصرف داروها- فرم D	سایر	۹۸۱
شامل موارد D5.1 تا D5.3	D5		داروهای کورتیکواستروئیدی	
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D5.1	سابقه مصرف داروها- فرم D	تزریقی	۹۸۲
مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)	D5.2	سابقه مصرف داروها- فرم D	خوراکی	۹۸۳

موضوعی	۹۸۴	سابقه مصرف داروها- فرم D	D5.3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
داروهای گوارشی	۹۸۵	سابقه مصرف داروها- فرم D	D6	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
H2Blocker	۹۸۶	سابقه مصرف داروها- فرم D	D6.1	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
PPIs	۹۸۷	سابقه مصرف داروها- فرم D	D6.2	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
کلینیدیوم - سی	۹۸۸	سابقه مصرف داروها- فرم D	D6.3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
سایر	۹۸۹	سابقه مصرف داروها- فرم D	D6.4	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
آنتی بیوتیک ها			D7	شامل موارد D7.1 تا D7.5
Amoxicillin	۹۹۰	سابقه مصرف داروها- فرم D	D7.1	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
Cefexim	۹۹۱	سابقه مصرف داروها- فرم D	D7.2	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
Azithromycin	۹۹۲	سابقه مصرف داروها- فرم D	D7.3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
Metronidazole	۹۹۳	سابقه مصرف داروها- فرم D	D7.4	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
سایر	۹۹۴	سابقه مصرف داروها- فرم D	D7.5	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
متفرقه			D8	شامل موارد D8.1 تا D8.10
استامینوفن	۹۹۵	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.1	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)

استامینوفن کدئین	۹۹۶	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.2	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
ایبوبروفن	۹۹۷	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
دیکلوفناک	۹۹۸	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.4	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
Levothyroxine	۹۹۹	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.5	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
MTX	۱۰۰۰	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.6	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
Hydroxychloroquin	۱۰۰۱	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.7	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
Sulfasalazine	۱۰۰۲	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.8	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
ایندومتاسین	۱۰۰۳	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.9	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
ناپروکسن	۱۰۰۴	سابقه مصرف داروها- فرم D	D8.10	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
سایر	۱۰۰۵	سابقه مصرف داروها- فرم D	D9	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه) و دوز مصرف (میلی گرم/ واحد)
مصرف مکمل های خوراکی- فرم S				
مولتی ویتامین با مینرال	۱۰۰۶	مصرف مکمل های خوراکی- فرم S	S1	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
مولتی ویتامین (بدون مینرال)	۱۰۰۷	مصرف مکمل های خوراکی- فرم S	S2	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
ویتامین ب کمپلکس	۱۰۰۸	مصرف مکمل های خوراکی- فرم S	S3	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)

۱۰۰۹	ویتامین ب ۱۲	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S4	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۰	ویتامین ب ۶	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S5	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۱	ویتامین E	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S6	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۲	اسید فولیک	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S7	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۳	ویتامین D (قرص، آمپول)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S8	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۴	کلسیم	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S9	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۵	امگا ۳ / روغن ماهی	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S10	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۶	آهن (فروسولفات / ففول)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S11	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۷	روی یا زینک (زینک سولفات / زینک گلوکونات)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S12	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)
۱۰۱۸	سایر مکمل ها (ذکر شود)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم S	S13	مدت زمان مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه)