

A. فرم ثبت نام	
A1. نام و نام خانوادگی: _____	
A2. تاریخ مصاحبه (روز، ماه، سال شمسی) . .	
A3. مکان مصاحبه: _____ استان: _____ شهر: _____	استان شهر
A4. چه کسی به پرسشنامه پاسخ می دهد؟ ۱. شرکت کننده ۲. اعضای خانواده (بعنوان نماینده) ۳. سایر	
A5. دلیل برای نماینده کامل کننده پرسشنامه نوشته شود.	
A6. ارتباط وی با مصاحبه شونده:	
A7. اگر نماینده (همراه) در پاسخدهی به سوالات مشارکت می کند، چه کسی بیشترین سوالات را پاسخ می دهد ۱. فرد شرکت کننده پاسخها را به نماینده یا همراهش می گوید ۲. نماینده یا همراه با قضاوت شخصی به سوالات پاسخ می دهد	
A8. آیا فرد دیگری از خانواده به غیر از خود شرکت کننده در این مطالعه حضور دارد؟ ۱. بلی ۲. خیر	
A9. ارتباط وی با مصاحبه شونده:	
A10. نام و نام خانوادگی مصاحبه گر 	A11. کد مصاحبه گر
A12. امضاء مصاحبه گر	
B. اطلاعات تماس (این قسمت توسط اپراتور در مرکز تکمیل می شود)	
B1. نام و نام خانوادگی:	B4. شماره شناسنامه
B2. کد ملی	B3. کد پستی:
B5. شماره تلفن منزل	B6. تلفن همراه
B7. آدرس: استان _____ شهر _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____	
اطلاعات تماس اعضای خانواده/دوستان (فرد اول)	
B8. نام و نام خانوادگی _____	B9. ارتباط وی با مصاحبه شونده _____
B10. آدرس: استان _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____	B11. شماره تلفن منزل
B12. تلفن همراه:	
اطلاعات تماس اعضای خانواده/دوستان (فرد دوم)	
B13. نام و نام خانوادگی _____	B14. ارتباط وی با مصاحبه شونده _____
B15. آدرس: استان _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____	B16. شماره تلفن منزل
B17. تلفن همراه:	



C. دموگرافیک

C1. جنسیت ۱. مرد ۲. زن		☐
C2. تاریخ تولد: (روز. ماه. سال شمسی) . .		
C3. مکان تولد: استان _____ بخش _____ شهر _____ روستا _____ خیابان _____ کوچه _____ پلاک منزل _____		
C4. قومیت پدر:		☐
۱. فارس	۴. کرد	☐
۲. آذری	۵. لر	
۳. بلوچ	۶. عرب	
۷. سایر		
C5. قومیت مادر		☐
۱. فارس	۴. کرد	☐
۲. آذری	۵. لر	
۳. بلوچ	۶. عرب	
۷. سایر		
C6. وضعیت تاهل		☐
۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر _____		
C7. چه مدتی است که شما متاهل هستید؟		سال
C8. سن اولین ازدواج		سال
C9. اگر متاهل هستید، چند سال است که ازدواج کرده اید؟		سال
C10. اگر بیوه هستید، چند سال است که بیوه شده اید؟		سال
C11. اگر مطلقه هستید، چند سال است که طلاق گرفته اید؟		سال
C12. چند سال با همسران زندگی کردید قبل از بیوه شدن/طلاق؟		سال

D. شرایط زندگی

D1. بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟		☐
۱. به تنهایی ۲. با فرد/افراد دیگری زندگی می کنم		
D2. اگر تنها زندگی می کنید، چند وقت است که تنها زندگی می کنید؟		سال
D3. اگر تنها زندگی نمی کنید، بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟		☐
۱. با همسر ۲. با همسر و فرزند/فرزندان ۳. با فرزند		
۴. با بستگان چه کسی.....		
۵. با سایرین (غیر بستگان) چه کسی.....		



D4. اگر تنها زندگی نمی کنید چند نفر در حال حاضر در این خانه/خانوار زندگی می کنند (خودتان را هم حساب کنید)		نفر				
لطفا جدول زیر را برای تمام اعضای خانواده تکمیل کنید.						
نام و نام خانوادگی	رابطه با مصاحبه شونده*	تاریخ تولد (ماه و سال) .	جنسیت ۱. مرد ۲. زن	تحصیلات**	شغل +	وضعیت تاهل ++
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						

* ۱. پدر ۲. مادر ۳. برادر ۴. خواهر ۵. فرزند ۶. عمه/خاله ۷. عمو/دایی ۸. پدر و مادر بزرگ ۹. سایر بستگان
 ** ۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ۴. راهنمایی ۵. دبیرستان (بدون دیپلم) ۶. دیپلم ۷. کاردانی/مدرک
 تجارتی ۸. کارشناسی ۹. کارشناسی ارشد ۱۰. دکترا
 + مطابق گفته فرد درج شود
 ++ ۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر —————

E. زندگی خانوادگی			
☐	E1. چه کسی شما را بزرگ کرده است؟		
	۱. پدر و مادر	۲. پدر و مادر بزرگ	۳. عمو/عمه
	۴. برادر و خواهر	۵. سایر بستگان	۶. سایر
☐	E2. پدر و مادرتان هنوز زنده اند؟		
	۱. بله، هر دو	۲. بله، فقط مادر	۳. بله، فقط پدر
	۴. خیر هر دو فوت شده اند		
☐	E3. پدرتان کجا بزرگ شده است؟		
	E3-1. استان.....		
☐	E3-2. شهر.....		
☐	E3-3. روستا.....		
☐	E4. مادرتان کجا بزرگ شده است؟		
	E4-1. استان.....		
☐	E4-2. شهر.....		
☐	E4-3. روستا.....		



☐		E5. سطح تحصیلات پدر شما چیست؟
☐		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. سطح تحصیلات مادر شما چیست؟
☐		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
کدشغل مادر	کدشغل پدر	E7. شغل اصلی پدر و مادر شما چیست؟
☐	☐	پدر..... مادر.....
☐		E7. به زمانی فکر کنید که در خانه پدری زندگی می کردید شامل دوران نوجوانی تان، وضعیت مادی خانواده شما چگونه بود؟ ۱. به سختی گذران زندگی می کردیم. ۲. برای مایحتاج اولیه پول داشتیم ۳. براحتی گذران زندگی می کردیم
		E9. در حال حاضر پدر و مادرتان با چه کسی زندگی می کنند.
مادر	پدر	* اگر پدر و مادر هر دو فوت شده اند برو به سوال E13 * اگر پدر و مادر هر دو بیش از دو سال است که فوت کرده اند برو به سوال E22
☐	☐	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
مادر	پدر	E10. پدر و مادرتان کجا زندگی می کنند؟



☐	☐	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	
مادر	پدر	E11. هر چند وقت یکبار پدر و مادر خود را می بینید؟	
☐	☐	۵. یک یا دوبار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. پدر و مادر فوت شده اند	۱. هرروز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال
☐	☐	E12. هر چند وقت یک بار با پدر و مادر تان با تلفن، ایمیل، یا پست در تماس هستید؟ 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	
☐		E13. در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسر تان به پدر/مادر یا هر دو والدین خود بواسطه مشکل جسمی در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐		E14. آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته بوده است؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐		E15. چه کسی این کمک را دریافت می کند؟ ۱. مادر ۲. پدر ۳. هر دو	
ساعت		E16. در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسر تان به او / آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟ ساعت	
☐		E17. در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسر تان به پدر/مادر یا هر دو والدین خود در کارهایی مانند کارهای منزل، خرید، حمل و نقل کمک کرده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐		E18. آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته است؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐		E19. چه کسی این کمک را دریافت کرده است؟ ۱. مادر ۲. پدر ۳. هر دو	
		E20. در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسر تان به او / آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟ ساعت	
☐		E21. 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؟ ۱. بلی ۲. خیر	
		E22. چه تعداد نوه دارید؟	
		E23. چه تعداد نتیجه (فرزند نوه) دارید؟	


F. اطلاعات مربوط به فرزندان (لطفا اطلاعات فرزندان را هم که فوت شده اند ذکر نمایید) اگر فرزند ندارد برو به قسمت G

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه و سال شمسی) □□ □□ □□ □□	جنسیت ۱. مرد ۲. زن	تحصیلات**	شغل +	وضعیت ۱. زنده ۲. متوفی	دلیل فوت	وضعیت تاهل ++	هر چند وقت یکبار با او از طریق تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟*	هر چند وقت یکبار او را می بینید؟*
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									

** 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

+ مطابق گفته فرد درج شود.

++ ۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر _____
 * 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


G. اطلاعات مربوط به خواهران و برادران (لطفا اطلاعات انهایی را هم که فوت شده اند ذکر نمایید) "اگر خواهر و برادر ندارد برو به قسمت ۱"

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد (ماه و سال شمسی) □□ □□ □□ □□	جنسیت ۱. مرد ۲. زن	تحصیلات**	شغل +	وضعیت ۱. زنده ۲. متوفی	دلیل فوت	وضعیت تاهل ++	هر چند وقت یکبار با او از طریق ا تلفن، ایمیل یا پست در تماس هستید؟*	هر چند وقت یکبار او را می بینید؟*
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									

*** 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
+ مطابق گفته فرد درج شود
++ ۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴- مطلقه ۵. سایر
* 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



H. تحصیلات / شغل	
☐	HE1. بالاترین سطح تحصیلات شما چیست؟ 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
☐	HE2. مجموع سال های تحصیل شما سال
☐	HE3. بالاترین سطح تحصیلات همسر تان چیست؟ (اگر همسر وی در مطالعه است برو به سوال HO1) 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
☐	HE4. مجموع سال های تحصیل همسر تان سال
☐	HO1. شغل اصلی شما چیست؟ (شغلی که بیشتر سال ها بدان اشتغال داشته اید)..... (مصاحبه گر: لطفا کد را از لیست انتخاب کنید.)
☐	HO2. وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟ 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
☐	HO3. اگر در حال حاضر مشغول به کاری هستید که بابت آن حقوق / دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟..... (مصاحبه گر: لطفا کد را از لیست انتخاب کنید.)
☐	HO4. روش پرداخت کدام مورد است؟ ۱. رسمی (قرارداد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر
☐	HO5. اگر بیکار هستید، چه مدت است که بیکار شده اید؟
☐	HO6. دلیل اصلی شما برای بیکاری چیست؟ ۱. وضعیت سلامتی ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر
☐	HO7. اگر شما بازنشسته هستید، در چه سنی بازنشسته شده اید؟ سن بازنشستگی

☐	HO8. دلیل اصلی بازنشستگی شما چیست؟ ۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی ۲. وضعیت سلامتی ۳. اخراج به علت عدم نیاز ۴. مسئولیت های خانوادگی ۵. اجباری ۶. سایر
☐	HO9. آیا شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هستید؟ ۱. بلی ۲. خیر
☐	HO10. در صورت پاسخ مثبت در سؤال قبل به چه کاری مشغول هستید؟
☐	HO11. چند ساعت در هفته شما کار می کردید؟ ساعت
☐	HO12. چند سال به کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه مشغول بوده اید؟
☐	HO13. شغل اصلی همسر شما در طول زندگی اش چه بوده است؟ (شغل اصلی، شغلی که بیشتر سال ها کار کرده است). * اگر همسر وی در مطالعه است برو به سوال HO25 * اگر همسر وی متوفی / مطلقه است و یا باهم زندگی نمی کنند برو به سوال HO25
☐	HO14. وضعیت اشتغال فعلی همسرتان چیست؟ 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
☐	HO15. اگر در حال حاضر مشغول به کاری می باشد که بابت آن حقوق / دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟ (مصاحبه گر: لطفاً کد را از لیست انتخاب کنید.)
☐	HO16. روش پرداخت کدام مورد است؟ ۱. رسمی (قرارداد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر
☐	HO17. اگر همسرتان بیکار است، چه مدت است که بیکار شده است؟ سال
☐	HO18. دلیل اصلی بیکاری او چیست؟ ۱. وضعیت سلامتی ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر
☐	HO19. اگر همسر شما بازنشسته است، در چه سنی بازنشسته شده است؟ سن بازنشستگی.....
☐	HO20. دلیل اصلی بازنشستگی همسرتان چیست؟ ۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی ۲. وضعیت سلامتی ۳. اخراج به علت عدم نیاز ۴. مسئولیت های خانوادگی ۵. اجباری ۶. سایر



☐	HO21. آیا همسر شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هست؟ ۱. بلی ۲. خیر
☐	HO22. چه کاری؟
☐	HO23. چند ساعت در هفته همسرتان کار می کند؟
☐	HO24. چه مدتی است همسر شما مشغول به این کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه می باشد؟سال

HO25. لطفا همه شغل هایی را که حداقل یکسال بدان مشغول بوده اید را در جدول زیر لیست نمایید. اگر همزمان به چند شغل مشغول بوده اید یا در منزل کارهایی مانند قالی بافی، انجام می داده اید را هم ذکر نمایید.

شماره	از (سن)	تا (سن)	عنوان شغل	کد (از لیست انتخاب شود)	نوبت کاری	نوع کار
۱	☐	☐		☐	۱. نوبت روز	۱. تمام وقت
۲	☐	☐		☐	۲. نوبت عصر	۲. نیمه وقت
۳	☐	☐		☐	۳. نوبت شب	۳. اتفاقی
۴	☐	☐		☐	۴. چرخشی	

۱. درآمد			
۱۱. منبع اصلی درآمد شما چیست؟			
۱. حقوق و دستمزد	۶. پشتیبانی از طرف پدر و مادر	☐ ۱	☐ ۶
۲. حقوق بازنشستگی	۷. پشتیبانی از طرف بستگان	☐ ۲	☐ ۷
۳. سرمایه گذاری	۸. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه)	☐ ۳	☐ ۸
۴. سود بانکی	۹. همسر	☐ ۴	☐ ۹
۵. پشتیبانی از طرف فرزندان	۱۰. سایر	☐ ۵	☐ ۱۰
۱۲. از موارد ذکر شده در بالا، کدامیک منبع اصلی درآمد شماست؟		☐	
۱۳. در مورد وضعیت مادی خود در حال حاضر فکر کنید چگونه آن را توصیف می کنید؟		☐	
۱. به سختی گذران زندگی می کنم ۲. کفایت نیازهای اولیه را می کند ۳. مشکلی ندارم			
۱۴. اگر شما بازنشسته شده اید و حقوق بازنشستگی دریافت می کنید، این حقوق برای چند روز ماه کفایت گذران زندگی تان را می کند؟		☐	
۱۵. در طی ۱۲ ماه گذشته شما کدام یک از موارد زیر را انجام داده اید؟			
۱. هرگز	۲. کمی	۳. زیاد	
☐	☐	☐	۱. برای صرفه جویی میوه و سبزی تازه نخریدم یا بندرت خرید کردم
☐	☐	☐	۲. برای صرفه جویی گوشت/ مرغ نخریده یا بندرت خرید کردم
☐	☐	☐	۳. لباسهای قدیمی را پوشیدم و توانایی خرید لباس جدید نداشتم
☐	☐	☐	۴. تا زمانی که ممکن بود از خرید لباس جدید امتناع کردم
☐	☐	☐	۵. رفتن به دکتر را به تعویق انداختم یا نرفتم تا هزینه ها را کاهش دهم
☐	☐	☐	۶. داروها یم را نخریدم / آزمایشاتم را انجام ندادم تا هزینه ها را کاهش دهم
☐	☐	☐	۷. زمان کمتری را به تفریح گذراندم تا هزینه ها را کاهش دهم
☐	☐	☐	۸. 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
۱۶. کمک نقدی به فرزندان، والدین، بستگان			
منظور هرگونه کمک نقدی برای پرداخت قبوض، هزینه های پزشکی، رهن، اجاره، بیمه نامه و غیره می باشد.			
* موارد مشترک مربوط به خانه و غذا اگر باهم زندگی می کنید را شامل نکنید.			
فرزندان اگر فرزند ندارد یا فوت شده اند برو به سوال ۱۶۳			
۱۶۱. 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؟		☐	



۱. بلی	۲. خیر	۳. امتناع از پاسخ
☐	IF2 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان 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 ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ	
والدین {اگر هر دو نفر (پدر و مادر) فوت شده اند برو به سوال IF5}		
☐	IF3 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی به پدر/مادر یا هر دو والدین کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک در نظر بگیرید) ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ	
☐	IF4 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی یا مشابه آن معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به پدر/مادر یا هر دو والدین کرده اید؟ کمک نقدی مانند پول دستی دادن، اجاره و ... * مشابه آن یعنی خرید کامپیوتر/ لپ تاپ، ماشین لباسشویی، غذا و مانند آن ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ	
بستگان {اگر خواهر و برادر ندارد یا فوت شده اند برو به سوال IF7}		
☐	IF5 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان 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) ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ	
☐	IF6 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان هر گونه کمک نقدی + یا مشابه آن * معادل ۱ میلیون تومان یا بیشتر به برادر/خواهر/عروس/داماد کرده اید؟ + کمک نقدی مانند پول دستی دادن، اجاره و ... * مشابه آن یعنی خرید کامپیوتر/ لپ تاپ، ماشین لباسشویی، غذا و مانند آن ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ	
IF کمک های نقدی دریافت شده از والدین، فرزندان، بستگان منظور هر گونه کمک نقدی برای پرداخت قبوض، هزینه های پزشکی، رهن، اجاره، بیمه نامه و غیره می باشد. * موارد مشترک مربوط به خانه و غذا اگر باهم زندگی می کنید را شامل نکنید. اگر هر دو نفر (پدر و مادر) فوت شده اند برو به سوال IF10 اگر فرزند ندارد یا فوت شده اند یا مجردند و با آنها زندگی می کنند برو به سوال IF10		
☐	IF7 آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسرتان از پدر/مادر یا هر دو والدین هر گونه کمک نقدی دریافت کرده اید؟ (مواردی را که در یک خانه زندگی می کنید مانند غذا و خانه مشترک را در نظر بگیرید، موارد به ارث رسیده هم شامل نشود)	



	۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
☐	IF8. آیا در طی دو سال گذشته شما یا همسر/تان <u>از</u> فرزندان خود هر گونه کمک نقدی دریافت کرده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. امتناع از پاسخ
☐	IF9 در مجموع در طی دو سال گذشته این کمک مادی چقدر بوده است؟
IF کمکیهای غیر نقدی داده شده به فرزندان و همسرانشان {اگر فرزند ندارد یا فوت شده اند برو به قسمت SS} {اگر نوه ندارد برو به قسمت SS}	
☐	IF10. آیا در طی دو سال گذشته <u>بجز</u> 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 ۱. بلی ۲. خیر ۳. بدون پاسخ
☐	IF11 چند ساعت در ماه مجموعاً چنین کارهایی را برای کمک به آنها انجام داده اید؟
☐	IF12 در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسر/تان حداقل یکساعت در هفته را صرف <u>مراقبت از نوه یا نتیجه هایتان</u> کرده اید؟ (مواردی را شامل کنید که با شما در همان خانه زندگی نمی کنند) ۱. بلی ۲. خیر ۳. بدون پاسخ
☐	IF13 چند ساعت در ماه مجموعاً صرف مراقبت از آنها نموده اید؟

J محیط و محل سکونت		
☐	J1 محل اقامت شما: ۱. یک خانه ویلایی است ۲. قسمتی از یک خانه است ۳. دوبلکس است ۴. پیلوت است ۵. آپارتمانی است	
☐	J2 محل اقامت شما: 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 برادر) ۷. محل اقامت به اشتراک گذاشته ۸. اجاره کم (خانه دولتی) ۹. سایر	
☐	J3 چه تعداد اتاق در منزل شما وجود دارد؟	
☐	J4 تقریباً، محل اقامت شما چند سال ساخت است؟	
☐	J5 اندازه خانه (به مترمربع) - به جز هریک از موارد زیر: ایوان، باغ، حیاط، پارکینگ، یا هر کانی که حیوانات خانگی نگهداری می شوند.	
☐	J6 چه مدت است که در این منزل زندگی می کنید؟	
☐	J7 تعداد افراد ساکن در منزل فعلی شما؟	
☐	J8 آیا شما در از محله دیگری/شهر دیگری به اینجا آمده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐	J9 در طول ۲۰ سال گذشته، چند بار اسباب کشی کرده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐	J10 در طول ۲۰ سال گذشته، چند بار اسباب کشی کرده اید؟	
☐	J11 در مورد منزل فعلی خودتان فکر کنید، چقدر شما آن را دوست دارید؟ ۱. اصلاً ۲. تا حدی ۳. نسبتاً ۴. بسیار ۵. خیلی زیاد	
چند سال قبل	انجام شده	J12 در مورد محل سکونت شما چه کارهایی انجام شده و چند وقت پیش اقدام شده است؟
☐	☐	۱. بازسازی
☐	☐	۲. اضافه کردن اتاق
☐	☐	۳. بازسازی نرده، پلکان، کف سازی
☐	☐	۴. بهبود سیستم عایق یا گرمایش
☐	☐	۵. بازسازی حمام
☐	☐	۶. بازسازی باغچه/حصار



☐ ☐		☐		۷. سایر (لطفا شرح دهید)	
☐		J13 در مورد محله فعلی خودتان فکر کنید، چقدر این محله را دوست دارید؟ ۱. اصلا ۲. تا حدی ۳. نسبتا ۴. بسیار ۵. خیلی زیاد			
☐		J14 آیا هرگونه یازسازی یا تغییری در محل سکونت شما از زمانی که اینجا زندگی می کنید بوده است؟ ۱. بلی ۲. خیر			
J15 کدام یک از لوازم منزل زیر در منزل شما دارید؟					
عنوان		عنوان		بلی	
۱. فریزر بزرگ/ساید بای ساید		۶. تلویزیون LCD/LED		☐ ۱ ☐ ۸	
۲. ماشین لباسشویی		۷. جاروبرقی		☐ ۲ ☐ ۹	
۳. ظرفشویی		۸. اتاق توکار (دارای سرویس بهداشتی در اتاق خواب)		☐ ۳ ☐ ۱۰	
۴. لپ تاپ/دسکتاپ		۹. موتورسیکلت		☐ ۴ ☐ ۱۱	
۵. دسترسی به اینترنت		۱۰. ماشین با ارزش کمتر از ۲۰ میلیون تومان		☐ ۵ ☐ ۱۲	
۱۱. ماشین با ارزش ۲۰-۵۰ میلیون تومان		۱۲. ماشین با ارزش ۵۰-۱۰۰ میلیون تومان		☐ ۶ ☐ ۱۳	
۱۳. ماشین با ارزش بیشتر از ۱۰۰ میلیون تومان		۱۴. تبلت/IPAD		☐ ۷ ☐ ۱۴	
J16 منبع اصلی آب آشامیدنی شما چیست؟ ۱. آب چاه ۲. آب رودخانه ۳. آب چشمه ۴. آب لوله کشی		۵. آب معدنی ۶. مخزن آب ۷. مخزن آب زیرزمینی ۸. سایر		☐ ۱ ☐ ۵	
				☐ ۲ ☐ ۶	
				☐ ۳ ☐ ۷	
				☐ ۴ ☐ ۸	
☐ ☐		J17 چند سال است که شما آب لوله کشی استفاده می کنید؟			
☐ ۱ ☐ ۴		J18 منبع اصلی آب آشامیدنی شما قبل از آب لوله کشی چه بوده است؟			
☐ ۱ ☐ ۲		۱. آب چاه ۲. آب رودخانه ۳. آب چشمه			
☐ ۳		۴. شما همیشه از آب لوله کشی استفاده دارید ۵. سایر			
☐ ☐		J19 تعداد کتاب های غیردرسی و غیر شغلی که در یک سال قبل مطالعه کرده اید (شامل کتاب های آسمانی و دعا نمی گردد) عدد ☐ بیسواد است.			
		J20 تعداد مسافرت های خارج از ایران در تمام عمر : در تمام عمر: زیارتی: غیرزیارتی:			
☐ ☐		J21 تعداد مسافرت های داخل ایران در ده سال گذشته (زیارتی و گردشگری که حداقل ۱۰۰ کیلومتر از محل سکونت فاصله داشته است)			



J22- آیا سابقه تماس با حیوانات را داشته اید؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر
سطح تماس:

(۱) بعضی مواقع (برای مثال محل نگهداری حیوانات در دویست متری محل کار یا زندگی فرد است)

(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)

حیوانات:

(۱) اسب سانان (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

از سن	تا سن	سطح تماس	حیوان (حیوانات)
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

J23 لطفا تمام مکان‌هایی را که از زمان تولدتان تا حالا در آن زندگی کرده اید در جدول زیر لیست نمایید؟

از(سن)	تا (سن)	استان	شهر	روستا	نوع منزل	نوع سوخت مورد استفاده برای گرمایش	نوع سوخت مورد استفاده برای آشپزی	سیستم گرمایشی
۱	☐	☐			☐	☐	☐	☐
۲	☐	☐			☐	☐	☐	☐
۳	☐	☐			☐	☐	☐	☐
۴	☐	☐			☐	☐	☐	☐
۵	☐	☐			☐	☐	☐	☐
۶	☐	☐			☐	☐	☐	☐
<u>کد نوع خانه:</u>			<u>کد سیستم گرمایش:</u>			<u>کد نوع سوخت:</u>		
۱. آجر و آهن			۱. بخاری برقی			۱. نفت/گازوئیل		
۲. چوب و آجر			۲. بخاری دارای دودکش			۲. چوب و هیزم		
۳. بتون آرمه			۳. شومینه			۳. فضولات حیوانی		
۴. گچ و سنگ			۴. بخاری بدون دودکش/چراغ			۴. گاز		
۵. سایر			۵. بخاری گازی			۵. زغال سنگ		
			۶. سایر			۶. سایر		



K. فعالیت فیزیکی	
☐	k1. 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؟ ۱. هرگز ۰۰ به سوال بعدی مراجعه شود. ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
☐	K1a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....
☐	K1b- بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته بوده اید؟ 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. 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)؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
☐	K2a. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟ 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. 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؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
☐	K3a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....
☐	K3b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های سبک بوده اید؟ 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
☐	K4. 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؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
☐	K4a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....
☐	K4b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های متوسط بوده اید؟ 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. 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؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)



☐	K5a. این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟.....	
☐	K5b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های شدید بوده اید؟ 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. در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت فعالیت های ورزشی جهت تقویت قدرت عضلانی نظیر بالا بردن وزنه ها انجام داده اید؟ ۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	
☐	K6a. این فعالیتها چه بودند نام ببرید؟.....	
☐	K6b. بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته بوده اید؟ 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	
خیر	بلی	در طی ۷ روز گذشته کدامیک از فعالیت های زیر را انجام داده اید؟
☐	☐	K7. کارهای سبک منزل مثل گردگیری یا شستن ظرف ها
☐	☐	K8. کارهای سنگین منزل مثل سابیدن کف منزل، شستن پنجره ها یا حمل چوب
☐	☐	K9. تعمیرات منزل مثل نقاشی کردن، کارهای برقی و غیره
☐	☐	K10. مراقبت حیاط منزل مثل جمع کردن برگ ها، خرد کردن چوب و غیره
☐	☐	K11. باغبانی در حیاط منزل
☐	☐	K12. مراقبت از یک شخص دیگر مانند یک بچه، همسر وابسته یا یک شخص بزرگسال دیگر
☐	K13. در طول هفته ی گذشته، آیا شما کار با دریافت حقوق و یا کارهای داوطلبانه انجام داده اید؟ ۱. بلی ۲. خیر	
☐	K13a. چند ساعت در هفته شما با دریافت حقوق و یا داوطلبانه کار کرده اید؟..... ساعت	
☐	K13b. کدامیک از تقسیم بندی های زیر نشان دهنده ی مقدار فعالیت جسمی که شما در محل کار انجام می دهید، می باشد؟ 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)	



Nutr. پرسشنامه ارزیابی تغذیه ای و عادات غذایی	
Nutr1. آیا طی ۶ ماه گذشته وزن شما تغییر کرده است؟	
(۱) خیر (۲) افزایش وزن داشته ام (۳) کاهش وزن داشته ام (۴) نمی دانم	
* توضیح: در صورت انتخاب گزینه ۳ به سوال ۲ و در صورت انتخاب گزینه ۴ به سوال ۳ پاسخ دهید	
Nutr2. طی ۶ ماه گذشته چه مقدار افزایش وزن داشته اید؟	
(۱) بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم (۲) ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم (۳) کمتر از ۲/۵ کیلوگرم (۴) نمی دانم	
Nutr3. طی ۶ ماه گذشته چه مقدار کاهش وزن داشته اید؟	
(۱) بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم (۲) ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم (۳) کمتر از ۲/۵ کیلوگرم (۴) نمی دانم	
Nutr4. اشتهاى شما چگونه است؟	
(۱) خوب (۲) معمولی (۳) کم	
Nutr5. آیا به هنگام بلعیدن غذا مشکلاتی از قبیل سرفه، احساس خفگی یا بلع دردناک دارید؟	
(۱) هرگز (۲) به ندرت (۳) گاهی اوقات (۴) اغلب	
Nutr6. روزانه چند وعده غذا می خورید؟	
(۱) کمتر از سه وعده (۲) سه وعده (صبحانه، ناهار، شام)	
(۳) چهار وعده (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده) (۴) پنج الی شش وعده (صبحانه، ناهار، شام، ۲-۳ میان وعده)	
(۵) بیش از ۶ وعده	
Nutr7. آیا در طول روز حداقل یک وعده غذایی را همراه با سایر افراد خانواده میخورید؟	
(۱) هرگز و یا به ندرت (۲) گاهی اوقات (۳) اغلب (۴) همیشه	
Nutr8. روزانه چند بار میوه و سبزی مصرف می کنید؟	
(۱) پنج و بیشتر (۲) چهار (۳) سه (۴) دو (۵) کمتر از دو	
Nutr9. روزانه چند لیوان (۲۴۰ سی سی) آب مصرف می کنید؟	
(۱) ۸ یا بیشتر (۲) ۵-۷ (۳) ۳-۴ (۴) تقریباً ۲ (۵) کمتر از ۲	
Nutr10. روزانه چند لیوان (۲۴۰ سی سی) مایعات مانند آبمیوه، قهوه، چای، نوشابه و غیره... مصرف می کنید؟	
(۱) ۸ یا بیشتر (۲) ۵-۷ (۳) ۳-۴ (۴) تقریباً ۲ (۵) کمتر از ۲	
Nutr11. آیا عادت به اضافه کردن نمک به غذا در سر سفره دارید؟	
(۱) بلی (۲) بعضی مواقع (۳) خیر	
Nutr12. هر چند وقت یکبار غذای کبابی (کباب کوبیده، برگ، جوجه کباب، ماهی کبابی) می خورید؟	
(۱) هرگز (۲) روزانه (۳) ۱-۳ بار در هفته (۴) کمتر از یکبار در ماه (۵) ۱-۳ بار در ماه	



Nutr13. هر چند وقت یکبار از غذای سرخ شده استفاد می کنید؟	
(۱) هرگز	(۲) روزانه
(۳) ۱-۳ بار در هفته	(۴) کمتر از یکبار در ماه
(۵) ۱-۳ بار در ماه	
Nutr14. نحوه سرخ کردن سبزیجات چگونه می باشد؟	
(۱) تفت دادن	(۲) طلایی شدن
(۳) قهوه ای شدن	(۴) سرخ نمیکنم
Nutr15. از چه نوع روغنی برای سرخ کردن مواد غذایی استفاد می کنید؟	
(۱) جامد و نیمه جامد	(۲) مایع
(۳) مایع مخصوص سرخ کردنی	(۴) کره و روغن حیوانی
(۵) سایر روغن ها	

FFQ. پرسشنامه بسامد خوراک

ردیف	نام ماده غذایی	واحد مصرف	تعداد دفعات مصرف در سال گذشته				ماه در سال	ملاحظات
			روزانه	هفتگی	ماهانه	سالانه		
FFQ1	شیر	لیوان						کم چرب پر چرب/محلی
FFQ2	ماست	لیوان						کم چرب پر چرب/محلی
FFQ3	دوغ	لیوان						
FFQ4	پنیر لیقوان / پاستوریزه	قوطی کبریت						
FFQ5	انواع سیب های فصلی	عدد متوسط						
FFQ6	مرکبات (پرتقال، نارنگی لیمو شیرین، گریپ فروت)	عدد متوسط						
FFQ7	گلابی	عدد متوسط						
FFQ8	کیوی	عدد متوسط						
FFQ9	انار	عدد متوسط						
FFQ10	موز	عدد متوسط						
FFQ11	خریزه - طالبی - هندوانه - گرمک	قاج متوسط						
FFQ12	هلو/زرد آلو/شفتالو/شلیل	عدد متوسط						
FFQ13	انگور	خوشه متوسط						



						قاشق غذاخوری	کشمش	FFQ14
						عدد	خرما	FFQ15
						لیوان	آبمیوه های طبیعی(آب) طالبی - سیب - پرتقال - (...)	FFQ16
1. خام 2. پخته سرخ شده آب هویج						عدد متوسط	هویج	FFQ17
						عدد متوسط	سیب زمینی (آب پز و سرخ کرده)	FFQ18
						عدد متوسط	خیار	FFQ19
						عدد متوسط	گوجه فرنگی	FFQ20
						یک لیوان	انواع کلم	FFQ21
						پیش دستی	کاهو	FFQ22
						پیش دستی	سبزی خوردن	FFQ23
						پیش دستی	سبزی خورشتی / آش / کوکو/دلمه / اسفناج	FFQ24

ملاحظات	ماه در سال	تعداد دفعات مصرف در سال گذشته				واحد مصرف	نام ماده غذایی	ردیف
		روزانه	هفتگی	ماهانه	سالانه			
						حبه	سیر	FFQ25
						عدد متوسط	پیاز	FFQ26
						عدد متوسط	کدو / بادمجان	FFQ27
						کف دست	نان لواش /محلی	FFQ28
						کف دست	نان سنگگ	FFQ29
						کف دست	نان بربری / روغنی	FFQ30
						کفگیر	برنج	FFQ31
						کفگیر	ماکارونی	FFQ32



FFQ33	عدس / نخود / انواع لوبیا / لپه	نصف لیوان					
FFQ34	سویا	قاشق غذا خوری					
FFQ35	گوشت قرمز	قوطی کبریت (۳۰ گرم)	کم چرب	پرچرب			
FFQ36	مرغ و جوجه	قوطی کبریت (۳۰ گرم)	1. با پوست	2. بدون پوست			
FFQ37	دل و جگر و قلوه	قوطی کبریت (۳۰ گرم)					
FFQ38	کله و پاچه / سیرابی	بشقاب					
FFQ39	ماهی	قطعه متوسط					
FFQ40	تن ماهی	قوطی	با روغن	بدون روغن			
FFQ41	تخم مرغ	عدد					
FFQ42	پیتزا	برش					
FFQ43	سوسیس و کالباس و همبرگر	عدد					
FFQ44	روغن مایع	قاشق غذاخوری	1. کانولا/سویا	2. سایر روغنهای مایع	(آفتابگردان/ذرت)	3. روغن سرخ کردنی	
FFQ45	جامد نباتی / حیوانی	قاشق غذاخوری					
FFQ46	روغن زیتون	قاشق غذاخوری					

ردیف	نام ماده غذایی	واحد مصرف	تعداد دفعات مصرف در سال گذشته				ماه در سال	ملاحظات
			روزانه	هفتگی	ماهانه	سالانه		
FFQ47	زیتون	عدد						
FFQ48	کره / خامه / سرشیر	قاشق مربا خوری						
FFQ49	گردو - انواع بادام و بادام زمینی - فندق - پسته	عدد						
FFQ50	سس مایونز	قاشق غذاخوری						
FFQ51	قند و شکر / نبات	حبه						
FFQ52	مربا / عسل	قاشق مربا خوری						
FFQ53	شیره انگور	قاشق مربا خوری						



FFQ54	شیرینی / کیک / بیسکویت	عدد					
FFQ55	چای - قهوه	لیوان					
FFQ56	نوشابه - ماء الشعیر	لیوان					
FFQ57	نمک	قاشق چای خوری					

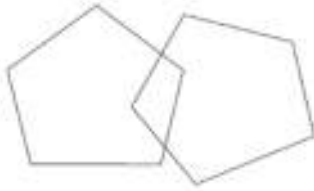
OH بهداشت دهان و دندان	
☐	OH1- دفعات مسواک زدن دندانها: ۱- یکبار در روز ۲- دو بار در روز ۳- سه بار در روز ۴- سایر (نام ببرید) ۵- مسواک نمی زنم
☐	OH2- معیار DMF OH-2-1- تعداد کل دندانها
☐	OH-2-2- تعداد دندانهای پوسیده (D)
☐	OH-2-3- تعداد دندانهای کشیده شده (M)
☐	OH-2-4- تعداد دندانهای پر شده (F)
☐	OH3- آیا ضایعه یا زخمی در دهان وجود دارد؟ (۱- بلی ۲- خیر)
☐	OH4- آیا دندان مصنوعی داری؟ ۱. کامل فک بالا ۲. کامل فک پایینی ۳. هر دو ۴. قسمتی ۵. خیر
☐	OH4-1- از چه سنی دندان مصنوعی داری؟
☐	OH4-2- آیا دندان مصنوعی خود را می پوشی؟ (۱- بلی ۲- خیر)
☐	OH4-3- آیا دندان مصنوعی خود را مسواک می زنی؟ (۱- بلی ۲- خیر) OH4-3-1- اگر بلی دفعات آن ؟ ۱- یکبار در روز ۲- دو بار در روز ۳- سه بار در روز ۴- سایر (نام ببرید) ۵- مسواک نمی زنم OH4-3-1- اگر دندان مصنوعی خود را مسواک نمی زنی چگونه آن را تمیز می کنی؟
☐	OH5- آیا از نخ دندان استفاده می کنی؟ (۱- بلی ۲- خیر) OH5-1- اگر بلی دفعات آن ؟ در روز در هفته سایر ذکر شود.....
☐	OH6- آیا از دهان شویه استفاده می کنی؟ (۱- بلی ۲- خیر) OH6-1- اگر بلی دفعات آن ؟ در روز در هفته سایر ذکر شود.....
☐	OH7- در طی ۱۲ ماه گذشته هر گونه درد یا ناراحتی در دهان یا دندان خود داشته ای؟ (۱- بلی ۲- خیر)



OH8- در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار به دندانپزشک مراجعه داشته اید؟

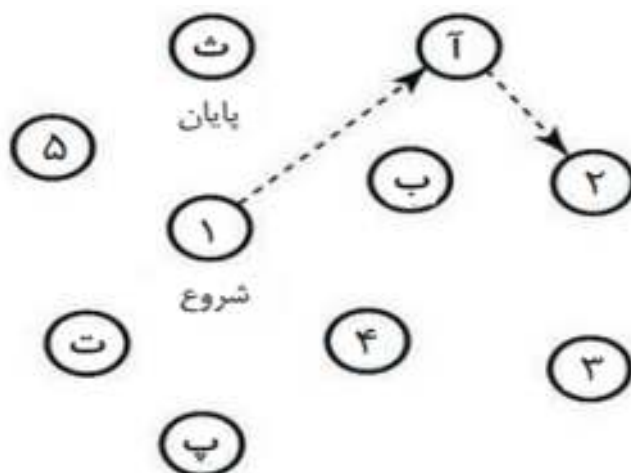
نمی دانم	اصلا	بعضی وقتها	اغلب اوقات	تمام اوقات	OH9- در طی ۱۲ ماه گذشته هر چند وقت یکبار بخاطر وضعیت دهان و دندان مشکلات زیر را داشته اید؟
					OH9-1 مشکل در گاز زدن غذا
					OH9-2 مشکل در جوییدن
					OH9-3 مشکل در حرف زدن یا ادای کلمات
					OH9-4 خشکی دهان
					OH9-5 پرهیز از خندیدن بخاطر وضعیت دندان و لثه
					OH9-6 احساس ناراحتی بخاطر ظاهر دندان
					OH9-7 کاهش در فعالیتهای اجتماعی بخاطر وضعیت دهان و دندان
ضعیف	متوسط	خوب	بسیار خوب	عالی	OH10 بطور کلی وضعیت دندان ها و لثه های خود را چگونه توصیف می کنید؟
					OH10-1 دندانها
					OH10-2 لثه ها



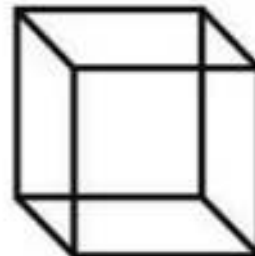
Mini-Mental Status Examination (MMSE)	
MMSE2. تکرار (۱) تاجر تجارت توپ می کند.	MMSE1. وقوف به زمان (۵) امروز چندشنبه است؟ امروز چندمین روز ماه است؟ امروز در کدامین ماه سال هستیم؟ در چه فصلی قرار داریم؟ در چه سالی قرار داریم؟
MMSE4. خواندن (۱) در روی کاغذی بنویسید "چشماتان را ببندید". از شخص بخواهید آن را بخواند و عمل کند..	MMSE3. وقوف به مکان (۵) 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؟
MMSE6. کپی (۱) کشیدن اشیا متقاطع 	MMSE5. به خاطر سپردن ۳ کلمه (۳) . 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 هر سه را بگوید توپ سیب پرچم میز درخت کفش
MMSE9. نوشتن (۱) تکه ای کاغذ در اختیار فرد قرار دهید و از وی بخواهید که جمله ای بنویسد.	MMSE8. از ۷ تا ۷۰ تا کم کنید. یا تلفظ برعکس کلمه "ایران" یا "لیوان" (۵) ن ا ر ی ا
MMSE11. فرمان (۳) تکه ای کاغذ بردارید و از شخص بخواهید که آن را بگیرد، تا کند، و بروی زمین بگذارد گرفتن تا کردن گذاشتن	MMSE10. به یاد آوردن ۳ کلمه (۳) توپ پرچم درخت
	MMSE12. شناسایی اجسام (۲) ساعت خودکار
امتیاز کل: ۳۰/.....	

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

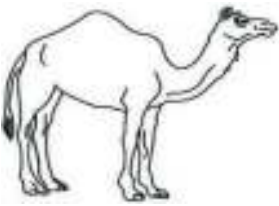
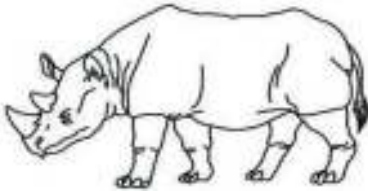
MoCA1. دیداری-فضایی/اجرایی (۵)



MoCA2. مکعب را بکشید.



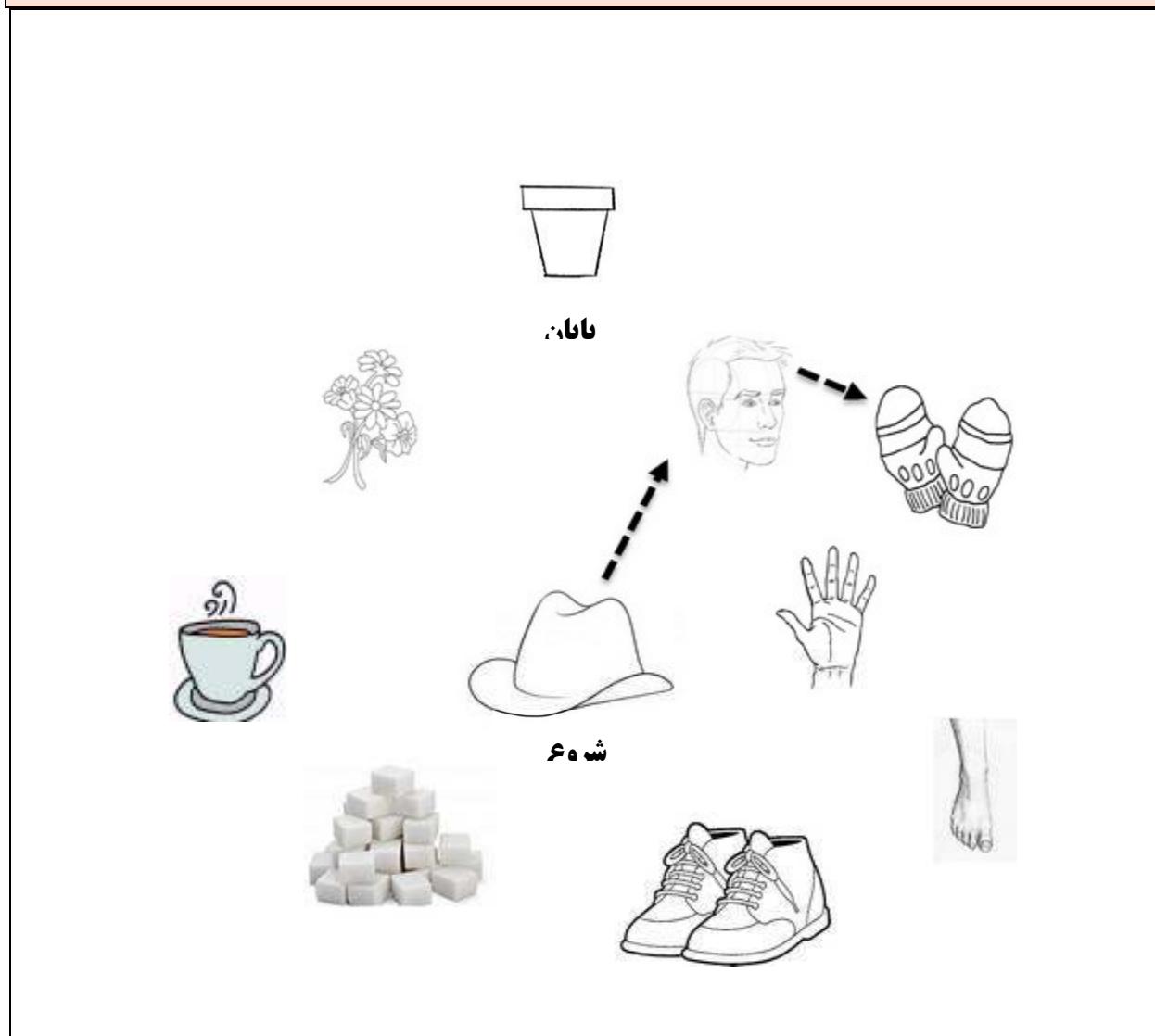
MoCA3. ساعت را بکشید (یازده و ده دقیقه) (سه امتیاز)

(۳)	MoCA4. نام ببرید    [] [] []																						
	MoCA5. حافظه فهرست کلمات را بخوانید، فرد باید آنها را تکرار کند. دو بار این کار را انجام دهید، حتی اگر بار اول موفقیت آمیز باشد. پس از ۵ دقیقه یادآوری را انجام درخواست کنید. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="323 579 431 779" rowspan="3">بدون امتیاز</td> <td data-bbox="431 579 545 779">قرمز</td> <td data-bbox="545 579 699 779">آفتاب گردان</td> <td data-bbox="699 579 813 779">بیمارستان</td> <td data-bbox="813 579 927 779">مخمل</td> <td data-bbox="927 579 1040 779">صورت</td> <td data-bbox="1040 579 1484 779" rowspan="3"> نوبت اول </td> </tr> <tr> <td data-bbox="431 779 545 999"></td> <td data-bbox="545 779 699 999"></td> <td data-bbox="699 779 813 999"></td> <td data-bbox="813 779 927 999"></td> <td data-bbox="927 779 1040 999"></td> <td data-bbox="1040 779 1484 999" rowspan="2"> نوبت دوم </td> </tr> <tr> <td data-bbox="431 999 545 1167"></td> <td data-bbox="545 999 699 1167"></td> <td data-bbox="699 999 813 1167"></td> <td data-bbox="813 999 927 1167"></td> <td data-bbox="927 999 1040 1167"></td> </tr> </table>						بدون امتیاز	قرمز	آفتاب گردان	بیمارستان	مخمل	صورت	نوبت اول						نوبت دوم				
بدون امتیاز	قرمز	آفتاب گردان	بیمارستان	مخمل	صورت	نوبت اول																	
								نوبت دوم															
(۲)	MoCA6. 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 }																						
(۱)	MoCA7. 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 ب ز م و ف ب ب چ																						
(۳)	MoCA8. از صد ۷ تا ۷ تا کم کنید. 93[] 86[] 79[] 72[] 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																						



(۲)	MoCA9. کلام تکرار من فقط می دانم رضا کسی است که امروز کمک می کند. [] وقتی سگها در اتاق بودند، گریه همیشه زیر مبل پنهان می شد. []
(۱)	MoCA10. روانی کلام هر تعداد کلماتی را که با حرف م شروع می شود در یک دقیقه بگویید. [] (تعداد کلمات درست ۱۱ و بیشتر)
(۲)	MoCA11. انتزاع شباهت بین موز و پرتقال چیست؟ هر دو میوه اند. شباهت بین قطار و دوچرخه چیست؟ شباهت بین ساعت - خط کش؟
(۵)	MoCA12. یادآوری با تاخیر فرد باید کلمات را بدون هیچ راهنمایی بخاطر بیاورد. صورت مخمل بیمارستان آفتاب گردان قرمز امتیازها فقط برای یادآوری بدون راهنمایی است.
(۶)	MoCA13. آگاهی به زمان و مکان چندمین روز ماه؟ ماه؟ سال؟ روز هفته؟ مکان؟ شهر؟

دیداری-فضایی/اجرایی (بی سوادی)





SS. حمایت اجتماعی Duke Social support

☐	SS1. بغیر از افراد خانواده با چه تعداد از اشخاص در محل سکونتتان می توانید احساس دلبستگی یا رابطه خیلی نزدیکی داشته باشید؟
	۱. هیچکس ۲. یک تا دو نفر ۳. بیشتر از دو نفر

SS2. 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.

هیچوقت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار	پنج بار	شش بار	هفت بار و بیشتر
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SS3. 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)؟

هیچوقت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار	پنج بار	شش بار	هفت بار و بیشتر
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SS4. در طی هفته گذشته، چند بار به جلسات انجمن های اجتماعی، جلسات مذهبی یا دیگر گروه ها (مثل صندوق مشترک) رفتید؟

هیچوقت	یکبار	دوبار	سه بار	چهار بار	پنج بار	شش بار	هفت بار و بیشتر
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

اکثر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	
☐	☐	☐	SS5. آیا به نظر می رسد خانواده یا دوستانتان (افرادی که برای شما مهم هستند) شما را درک می کنند؟
☐	☐	☐	SS6. آیا احساس می کنید برای خانواده یا دوستانتان (افرادی که برای شما مهم هستند) مفید هستید؟
☐	☐	☐	SS7. وقتی با خانواده یا دوستانتان صحبت می کنید، آیا احساس می کنید به حرف هایتان گوش داده می شود؟
☐	☐	☐	SS8. آیا احساس می کنید نقش تعیین کننده در خانواده تان یا در بین دوستانتان دارید؟
☐	☐	☐	SS9. آیا شما می توانید در باره مشکلات مهم زندگی تان با حداقل بعضی از افراد خانواده یا دوستانتان صحبت کنید؟
☐	☐	☐	SS10. آیا شما فکر می کنید در جریان اموری که در خانواده یا در بین دوستانتان می گذرد هستید؟
☐	☐	☐	SS11. در مورد انواع ارتباطی که شما با افراد خانواده یا دوستانتان دارید چقدر رضایت دارید؟
☐	☐	☐	



کیفیت زندگی SF12					
☐	SF1- به طور کلی سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید ۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. بد				
☐	SF2- 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)؟ ۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد				
☐	SF3- طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت‌های اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟ ۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد				
موارد زیر شامل فعالیت‌هایی است که شما احتمالا طی یک روز عادی انجام می‌دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیت‌ها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟					
بله بسیار محدود شده است		بله کمی محدود شده است		خیر اصلا محدود نشده است	
SF4- فعالیت‌های متوسط مانند حرکت دادن یک میز، جابجایی جارو برقی، انجام ورزش‌های سبک					
SF5- بالا رفتن از چند راه‌پله					
آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشلات زیر را داشته‌اید؟					
تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	هیچ وقت	
SF6- به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید					
SF7- در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید					
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 داشته‌اید؟					
تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	هیچ وقت	
SF8- به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید					
SF9- در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید					
این پرسش‌ها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفا برای هر سوال نزدیک‌ترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید، چه مدتی طی ۴ هفته گذشته:					
تمام اوقات	اغلب اوقات	خیلی وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	هیچ وقت	
SF10- احساس آرامش و امنیت داشته‌اید؟					
SF11- خود را پر از انرژی احساس می‌کرده‌اید؟					



SF12- خود را غمگین و افسرده احساس می کرده اید؟					
LS. رضایت از زندگی					
کاملاً مخالفم	تقریباً مخالفم		تقریباً موافقم	کاملاً موافقم	
☐	☐	☐	☐	☐	LS1- زندگی من در اکثر موارد به آرمانهایم نزدیک بوده است.
☐	☐	☐	☐	☐	LS2- شرایط زندگی من عالی است.
☐	☐	☐	☐	☐	LS3- از زندگی ام راضی هستم.
☐	☐	☐	☐	☐	LS4- تا کنون هر آنچه را که در زندگی میخواستم به دست آوردم
☐	☐	☐	☐	☐	LS5- اگر میتوانستم زندگی دوباره داشته باشم تقریباً هیچ چیز را تغییر نمی دادم

LO. تنهایی			
خیر	کما بیش	بلی	
☐	☐	☐	LO1- بطور کلی احساس پوچی می کنم
☐	☐	☐	LO2- عده بسیاری هستند که که می توانم بهنگام مشکلات به آنها تکیه کنم.
☐	☐	☐	LO3- افراد زیادی هستند که می توانم کاملاً به آنها اعتماد کنم
☐	☐	☐	LO4- دلم برای دور هم بودن تنگ می شود
☐	☐	☐	LO5- به تعداد کافی افرادی هستند که احساس نزدیکی به آنها می کنم
			LO6- اغلب احساس طردشدگی دارم

پاسخ	ANX. اضطراب (Iranian Version – HADS)
☐	ANX1- آیا طی هفته گذشته تنش داشتید؟ ۱- بیشتر اوقات ۲- اغلب اوقات ۳- بعضی اوقات ۴- هیچ وقت
☐	ANX2- آیا دچار احساس نگرانی از احتمال وقوع یک اتفاق ناگوار برای خود هستید؟ ۱- بلی صد در صد و به صورت خیلی بد ۲- بله ولی نه خیلی ۳- کمی ولی نگرانم نمی کند ۴- اصلاً
☐	ANX3- آیا افکار نگران کننده از ذهن شما می گذرد؟ ۱- تقریباً همیشه (ولی نه همیشه) ۲- اکثر اوقات ۳- بعضی اوقات ۴- گهگاهی (خیلی کم)



☐	ANX4- آیا می توانید آسوده بنشینید و احساس راحتی کنید؟ ۱-بلی صد در صد ۲-اغلب اوقات ۳-به ندرت ۴-اصلاً
☐	ANX5- آیا احساس ترس یا چیزی شبیه دلشوره به شما دست می دهد؟ ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	ANX6- آیا احساس عدم آسودگی و بی قراری می کنید؟ ۱-بله صد در صد ۲-خیلی زیاد ۳-نه خیلی زیاد ۴-اصلاً
☐	ANX7- آیا به طور ناگهانی احساس ترس و دلهره می کنید؟ ۱-بله تقریباً همیشه ۲-بله اغلب اوقات ۳-بله خیلی کم ۴-اصلاً

پاسخ	CES - افسردگی
☐	CES1- با چیزهایی که معمولاً محل آسایش من نیستند، دچار پریشانی شده بودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES2- طی هفته گذشته در متمرکز کردن افکارم بر روی کاری که انجام میدادم دچار مشکل بودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES3- طی هفته گذشته احساس افسردگی می کردم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES4- طی هفته گذشته احساس می کردم هر کاری که انجام می دادم تلاشی بی فایده بود. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES5- طی هفته گذشته به آینده امیدوار نبودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES6- طی هفته گذشته احساس ترس می کردم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES7- طی هفته گذشته خوابم بی قرار و نا آرام بود. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES8- طی هفته گذشته خوشحال و شادمان نبودم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES9- طی هفته گذشته احساس تنهایی می کردم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه
☐	CES10- طی هفته گذشته توانایی پیگیری کارهایم را نداشتم. ۱-اصلاً ۲-گاهی اوقات ۳-معمولاً ۴-بله تقریباً همیشه



☐	☐	☐	☐	SQ16-در طول ماه گذشته چند بار در حفظ شور و شوق انجام کارها مشکل داشته اید؟
خیلی بد	نسبتاً بد	نسبتاً خوب	خیلی خوب	SQ17-در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟
☐	☐	☐	☐	
Berlin Questionnaire خواب				
☐	SB1- آیا شما هنگام خواب خر و پف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم)			
در صورتی که پاسخ شما به سوال اول مثبت است سوالات ۲ تا ۵ را جواب دهید و در غیر این صورت به سوال ۶ بروید				
☐	SB2- شدت صدای خر و پف شما در چه حد است؟ 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)			
☐	SB3- دفعات خر و پف شما چگونه است؟ 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			
☐	SB4- آیا خر و پف شما سبب اذیت اطرافیان می شود؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم)			
☐	SB5- آیا تا بحال کسی به شما گفته که در حین خواب نفستان قطع میشود؟ 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			
☐	SB6- هر چند وقت یک بار پس از بیدار شدن از خواب احساس خستگی و کوفتگی می کنید؟ 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			
☐	SB7- در زمان بیداری روزانه، آیا احساس خستگی یا کوفتگی یا احساس غیرعادی بودن می کنید؟ 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			
☐	SB8- آیا تا به حال برای شما پیش آمده در حال رانندگی چرت بزنید یا برای لحظه ای خواب بروید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
	SB9- اگر پاسخ سوال 8 مثبت است؛ هر چند وقت یکبار این حالت پیش می آید؟ 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				
☐	چقدر احتمال دارد در هر یک از شرایط زیر چرت بزنید یا خوابتان ببرد؟			
ایتم	اصلا	کمی	تقریباً	خیلی زیاد
SEP1 - نشستن و خواندن	☐	☐	☐	☐
SEP2 - تماشای تلویزیون	☐	☐	☐	☐
SEP3 - نشستن بی حرکت در مکان های عمومی مانند تاتر و جلسه	☐	☐	☐	☐
SEP4 - بعنوان سرنشین یک ماشین بمدت یک ساعت بدون توقف	☐	☐	☐	☐
SEP5 - دراز کشیدن جهت استراحت بهنگام عصر در شرایطی که میسر باشد	☐	☐	☐	☐
SEP6 - نشستن و صحبت کردن با کسی	☐	☐	☐	☐
SEP7 - نشستن برای خوردن نهار	☐	☐	☐	☐
SEP8 - در ماشین بهنگام توقف پشت چراغ قرمز	☐	☐	☐	☐

[illegible]

مرحله ششم (VI): یک پارارایه فهرست واژه های ب (B) به توالی یکدیگر، و ثبت پاسخ به ترتیبی که فرد بازگو می کند.

[illegible]

مرحله هفتم و هشتم (VII و VIII): درخواست از فرد برای یادآوری و تکرار واژه های فهرست A یکبار بلافاصله پس از اتمام مرحله شش و یکبار پس از گذشت ۳۰ دقیقه.

[illegible]

مرحله نهم (IX): بازشناسی: واژه های فهرست A را از بین کلمات زیر پیدا کرده و دور آنها خط بکشید:

رنگ	کیف	سنگ	توپ	شاخ	کت	عطر	دوست	کارد	فرش	باغ	شمع	سوپ	اسب	بانک
ظرف	پارچ	نان	پول	شال	تانک	دست	میخ	آش	لامپ	ماه	بو	چوب	قیف	برگ
پا	طبل	آب	کارت	عکس	ببر	فیلم	ابر	دود	کفش	چتر	برف	آرد	گاو	مار
										گل	پل	مو	پوست	میز

امتیاز:

[illegible][illegible]

نخ	میل	بیل	چای	کاج	گوشت	فوت	عاج	مبل	سیب	مرغ	کش	کوه	بار	قرص
سوت	گنج	ریش	قند	تاب	چاه	برق	کور	خرس	یاس	دوغ	چسب	پنج	مه‌ر	خار
بوغ	گل	تاج	خال	بید	کیک	ماست	یخ	فیل	بام	تخم	هل	نیش	دام	کف
یار	نوک	باند	باد	کف										

امتیاز:



عملکردهای مشاهده ای					
Hand Grip Test (قدرت چنگش دست)					
دست چپ			دست راست		
سنجش سوم	سنجش دوم	سنجش اول	سنجش سوم	سنجش دوم	سنجش اول
.	.	.	.	.	.
☐	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد		☐	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	
	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر			اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	
10 seconds stand (ایستادن ۱۰ ثانیه ای)					
Side by side					
		مدت زمان ایستادن (ثانیه)			
☐		آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد			
☐		اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر			
Semi-Tandem					
		مدت زمان ایستادن (ثانیه)			
☐		آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد ۲. خیر			
☐		اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر			
Tandem					



☐ ☐	مدت زمان ایستادن (ثانیه)
☐	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
☐	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
نشست و برخاست از صندلی Repeated chair number	
☐ ☐	زمان کامل شدن ۵ بار نشست و برخاست (ثانیه)
☐ ☐	تعداد نشست و برخاست در ۳۰ ثانیه
☐	اگر کمتر از ۵ بار انجام شد تعداد آن:
☐	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
☐	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
Timed Up and Go Test	
☐ ☐	مدت زمان انجام (ثانیه)
☐	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
☐	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
4 meter walk	
☐ ☐	مدت زمان انجام (ثانیه)
☐	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
☐	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر



فرم سنجش جسمی				
Test	Reading	آیا تست کامل شد؟ ۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد		اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟ ۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر.
قد	□□□.□	☐		☐
*دمیسپن	□□.□	☐		☐
قد محاسبه شده	□□□.□	دمیسپن در صورتی انجام شود که اندازه گیری قد ممکن نیست		
*طول اولنا	□□.□	☐	☐	
قد محاسبه شده	□□□.□	طول اولنا زمانی اندازه گیری شود که اندازه گیری قد ممکن نیست دمیسپن هم ممکن نیست		
*قد زانو	□□.□	☐		
قد محاسبه شده	□□□.□	قد زانو در صورتی انجام شود که اندازه گیری قد ممکن نیست دمیسپن و اولنا هم ممکن نیست		
دور کمر	□□□.□	☐	☐	
دور باسن	□□□.□	☐	☐	
دور مچ دست	□□□.□	☐	☐	
دور گردن	□□□.□	☐	☐	
نتایج بادی آنالایزر پیوست گردد				



L. فعالیتهای ابزاری زندگی لاوتون (Lawton IADL)			
فعالیت	بدون کمک	با کمی کمک	قادر به انجام نیست
L1. استفاده از تلفن	☐	☐	☐
L2. طی مسافتهای نسبتاً طولانی با وسایط نقلیه	☐	☐	☐
L3. خرید مواد غذایی و پوشاک	☐	☐	☐
L4. آماده کردن غذای خود	☐	☐	☐
L5. انجام کارهای منزل	☐	☐	☐
L6. شستن لباسهای شخصی	☐	☐	☐
L7. مصرف داروها بطور صحیح و بموقع (در صورتیکه داروی خاصی مصرف می کند) ☐ دارو مصرف نمی کند	☐	☐	☐
L8. کنترل دخل و خرج	☐	☐	☐

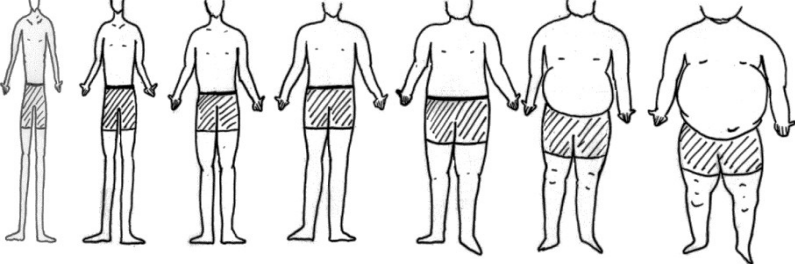
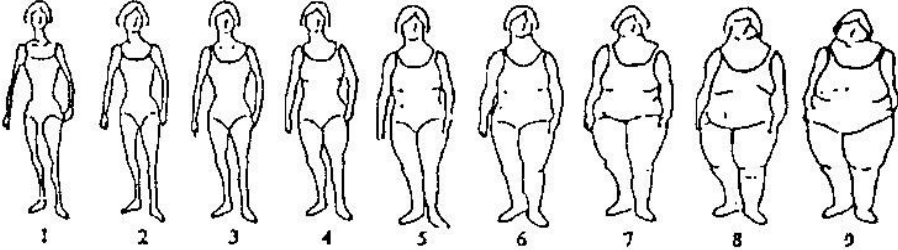
M. فعالیت	مستقل	با کمی کمک دیگران	کاملاً وابسته
M1. غذا خوردن	☐	☐	☐
M2. پوشیدن و درآوردن لباس	☐	☐	☐
M3. حمام کردن	☐	☐	☐
M4. رفتن یا بیرون آمدن از تخت یا رختخواب	☐	☐	☐
M5. دستشویی رفتن	☐	☐	☐
M6-1. کنترل ادرار *	☐	☐ گاهی اتفاق می افتد	☐
M6-2. کنترل مدفوع *	☐	☐ گاهی اتفاق می افتد	☐



0. محدودیت عملکرد فیزیکی

آیا بخاطر وضعیت سلامتی تان هریک از فعالیتهای زیرمحدود شده است کرده است؟

فعالیت	بله زیاد محدود شده است	کمی محدود شده است	اصلا محدود نشده است
01. فعالیتهای شدید مانند دویدن و یا ورزش سنگین	☐	☐	☐
02. فعالیتهای متوسط مانند جارو برقی کشیدن ورزشهایی مانند گلف	☐	☐	☐
03. با لا رفتن از چندین راه پله	☐	☐	☐
04. بالارفتن از یک راه پله	☐	☐	☐
05. حمل یا بلند کردن ساک خرید	☐	☐	☐
06. راه رفتن به فاصله یک کیلومتر	☐	☐	☐
07. راه رفتن بفاصله ۵۰۰ متر	☐	☐	☐
08. راه رفتن بفاصله ۱۰۰ متر	☐	☐	☐
09. خم شدن، زانو زدن یا دو لا شدن	☐	☐	☐
010. حمام کردن یا لباس پوشیدن	☐	☐	☐

Body image									
Males : Please select your body image when:									
1. 15 years of age	☐								
2. 25 years of age	☐								
3. 35 years of age	☐								
4. 45 years of age	☐								
5. 55 years of age	☐								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table> 		1	2	3	4	5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7			
Females: Please select your body image when:									
1. 15 years of age	☐								
2. 25 years of age	☐								
3. 35 years of age	☐								
4. 45 years of age	☐								
5. 55 years of age	☐								
6. Before the first pregnancy	☐								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table> Women  7		1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8		
Are you shorter NOW than when you were in your 20s or 30s?	☐								
Yes									
No									
How tall were you without shoes on at about age 25? (cm) If you don't remember exactly give your best estimate.									
When you were about 10 years old, compared to average, would you describe yourself as:									

Shorter Taller similar	☐
Thinner Plumper similar	☐
If your hair is naturally grey now, at about what age did your hair begin to go grey?	



شکستگی استخوان / استئوپوروز / سقوط (زمین خوردن)

Frac1 - آیا تا بحال شکستگی استخوان داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
☐				
اگر بلی در کدام ناحیه این شکستگی روی داده است؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل
Frac 1.1 - لگن	☐	☐	☐	☐
Frac 1.2 - بازو	☐	☐	☐	☐
Frac 1.3 - ساعد	☐	☐	☐	☐
Frac 1.4 - پا	☐	☐	☐	☐
Frac 1.5 - مچ دست	☐	☐	☐	☐
Frac 1.6 - ستون فقرات	☐	☐	☐	☐
Frac 1.7 - دنده	☐	☐	☐	☐
Frac 1.8 - سایر	☐	☐	☐	☐
۱.				
۲.				
۳.				
Frac2 - علت شکستگی چه بوده است؟				
۱. افتادن ۲. تصادف ۳. سایر				
Frac3 - آیا مادر تان دچار شکستگی لگن شده است (۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم)				
☐				
Frac4 - اگر بلی مادرتان چند ساله بود وقتی که دچار شکستگی لگن شد؟				
☐				
Frac5 - آیا پدر تان دچار شکستگی لگن شده است (۱. بلی ۲. خیر ۳. نمی دانم)				
☐				
Frac6 - اگر بلی پدرتان بهنگام شکستگی لگن چند سال داشت؟				
☐				
استئوپوروز				
Osteo1 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که پوکی استخوان / کاهش تراکم استخوان شده اید؟				
(۱. بلی ۲. خیر)				
Osteo2 - در چه سنی برای اولین بار به شما گفته شد که پوکی استخوان / کاهش تراکم استخوان دارید؟				
☐				
Osteo3 - ملاک تشخیص آن چه بوده است؟ ۱. رادیوگرافی ۲. دانسیتومتری ۳. سایر				
☐				
Osteo4 - آیا تا بحال برای مشکل پوکی استخوان دارویی مصرف نموده اید؟				
(۱. بلی ۲. خیر)				
Osteo5 - آیا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل پوکی استخوان استفاده می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکلتان را نام ببرید یا نشان دهید.				
۱.				
۲.				
۳.				



سقوط (زمین خوردن)	
☐	Fall1 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته زمین خورده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall2 - در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار زمین خورده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall3 - آیا حداقل یکی از این زمین خوردن ها بدون دلیل خاصی بوده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall4 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بخاطر زمین خوردن به مراکز درمانی / پزشک مراجعه نموده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall5 - در طی ۱۲ ماه گذشته آیا بدنبال زمین خوردن دچار شکستگی شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall6 - آیا بدنبال زمین خوردگی دچار جراحت/ صدمه دیگری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی چه صدمه ای؟
☐	Fall7 - آیا بدنبال زمین خوردگی در بیمارستان بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی تاریخ آن؟
☐	Fall8 - آیا تا بحال غش/ ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall9 - در طی ۱۲ ماه گذشته چندبار غش/ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall10 - آیا از اینکه زمین بخورید می ترسید؟ ۱. تاحدودی ۲. خیلی زیاد ۳. خیر
☐	Fall11 - آیا بخاطر ترس از زمین خوردن فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Fall12 - وقتی راه می روید احساس: ۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید ۵-نمیدانم
☐	Fall13 - وقتی می ایستید احساس: ۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید ۵-نمیدانم
☐	Fall14 - وقتی از صندلی بلند می شوید احساس: ۱. تعادل زیاد می کنید ۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۴. عدم تعادل زیادی می کنید
تعویض مفصل	
☐	Joint1 - آیا تابحال تعویض مفصل داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Joint2 - اگر بلی سن تعویض مفصل؟
☐	Joint3 - اگر بلی کدام مفصل شما تعویض شده است؟ ۱. هیپ یکطرفه ۲. هیپ دو طرفه ۳. زانو یکطرفه ۴. زانو دو طرفه
☐	Joint4 - دلیل این تعویض مفصل چه بوده است؟ ۱. آرتريت ۲. شکستگی ۳. آرتريت و شکستگی ۴. نمی دانم ۵. سایر



سابقه جراحی				
☐	Surg 1 - آیا سابقه عمل جراحی داشته اید؟ (۱. بلی (۲. خیر)			
سن	نوع عمل جراحی	سن	نوع عمل جراحی	
☐		۴	☐	Surg1.1
☐		۵	☐	Surg1.2
☐		۶	☐	Surg1.3

هر چند وقت یکبار مشکلات زیر را تجربه می کنید؟	هرگز	بیشتر روزها	هفتگی	دوهفتگی	ماهانه
Complain1 - خونریزی لثه	☐	☐	☐	☐	☐
Complain 2 - اشکال در بلع	☐	☐	☐	☐	☐
Complain 3 - ریفلاکس/سوزش سردل	☐	☐	☐	☐	☐
Complain 4 - یبوست	☐	☐	☐	☐	☐
Complain 5 - نفخ/گازهای روده ای	☐	☐	☐	☐	☐
Complain 6 - اسهال	☐	☐	☐	☐	☐
Bowl 1 - جند بار اجابت مزاج در روز/یا در هفته دارید؟	☐ بار در روز ☐ بار در هفته				

R. سوالات تاریخچه باروری (مختص زنان)	
☐	R1- سن شروع قاعدگی (به سال): (اگر نمی دانند ، عدد ۸۸ را وارد نمایند. اگر هرگز پریود نشده عدد ۸۹ وارد شود)
☐	R2- سن یائسگی: (به سال) (اگر نمی دانند ، عدد ۸۸ را وارد نمایند. اگر هنوز یائسه نشده عدد ۸۹ وارد شود)
☐	R3- آیا منوپوز (یائسگی) بطور طبیعی بوده است؟ (۱. بلی (۲. خیر)
☐	R4- تعداد حاملگی های قبلی:
☐	R5- تعداد زایمانهای موالید زنده :
☐	R6 سابقه مرده زایی (۱. بلی (۲. خیر)
☐	R7- سابقه تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم: (۱. بلی (۲. خیر)
☐	R8- سابقه حاملگی خارج رحمی: (۱. بلی (۲. خیر)
☐	R9- سن مادر بهنگام اولین حاملگی :
☐	R10- سن مادر بهنگام آخرین حاملگی:
☐	R11- سن مادر هنگام اولین تولد نوزاد زنده :
☐	R12- تعداد سقط :



☐	R13- سن بهنگام اولین سقط																								
☐	R14- مجموع مدت شیردهی (برحسب ماه):																								
	<table border="1"> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند اول</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند دوم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند سوم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند چهارم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند پنجم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند ششم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند هفتم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند هشتم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند نهم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند دهم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند یازدهم</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>فرزند دوازدهم</td> </tr> </table>	☐	فرزند اول	☐	فرزند دوم	☐	فرزند سوم	☐	فرزند چهارم	☐	فرزند پنجم	☐	فرزند ششم	☐	فرزند هفتم	☐	فرزند هشتم	☐	فرزند نهم	☐	فرزند دهم	☐	فرزند یازدهم	☐	فرزند دوازدهم
☐	فرزند اول																								
☐	فرزند دوم																								
☐	فرزند سوم																								
☐	فرزند چهارم																								
☐	فرزند پنجم																								
☐	فرزند ششم																								
☐	فرزند هفتم																								
☐	فرزند هشتم																								
☐	فرزند نهم																								
☐	فرزند دهم																								
☐	فرزند یازدهم																								
☐	فرزند دوازدهم																								
☐	R15- سابقه برداشتن تخمدان: (۱. دارد، یکطرفه ۲. دارد، دوطرفه ۳. ندارد)																								
☐	R16- سن در زمان برداشتن تخمدان (به سال):																								
☐	R17- سابقه توبکتومی: ☐ ۱- دارد ☐ ۲- ندارد																								
☐	R18- سابقه هیستریکتومی: ☐ ۱- دارد ☐ ۲- ندارد																								
☐	R19- سن به سال در زمان هیستریکتومی ☐																								
☐	R20- سابقه نازایی: ☐ ۱- دارد ☐ ۲- ندارد																								
☐	R21- سابقه مصرف داروهای مرتبط با نازایی: ☐ ۱- دارد ☐ ۲- ندارد																								
☐	R22- داروهای ضد بارداری (خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم، ...) مصرف می کرده/می کند؟ ☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر																								

در صورت بلی لطفا جدول زیر را کامل کنید.

روش پیشگیری	۱-بلی ۲- خیر	از سن	تا سن	مدت زمان
قرصهای پیشگیری از بارداری	☐	☐	☐	☐ ماه
	☐	☐	☐	☐ ماه
ایمپلنت	☐	☐	☐	☐ ماه
	☐	☐	☐	☐ ماه
تزریق پروژسترون طولانی مدت	☐	☐	☐	☐ ماه
	☐	☐	☐	☐ ماه
وسایل داخل رحمی (IUD)	☐	☐	☐	☐ ماه
	☐	☐	☐	☐ ماه



R23- داروهای جایگزینی هورمونی (استروژن، پروژسترون) مصرف می کرده/می کند؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی دانم

مدت زمان استفاده (ماه)	تا سن	از سن	در صورت بلی، نوع داروی مورد استفاده (در صورتی که به خاطر دارید)

R24- سابقه غربالگری سرطان پستان یا دهانه رحم دارد؟

☐ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐ ۳- نمی دانم

در صورت بلی، جدول ذیل تکمیل شود:

نوع غربالگری	بلی	سن آخرین تست	دفعات تست
معاینه پستان توسط پزشک/ماما			
ماموگرافی			
پاپ اسمیر			

RM. سوالات تاریخچه باروری (مختص مردان)

RM1- آیا تابحال صاحب فرزند شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

☐

RM2- اگر خیر دلیل آن چه بوده است؟

☐

۱. عقیمی/ناباروری خود وی ۲. عقیمی/ناباروری همسر ۳. هرگز ازدواج نکرده

RM3- سن بهنگام اولین ازدواج:

RM4- تعداد فرزندان:

RM5- سن پدر هنگام تولد اولین فرزند.....

RM6- آیا وازکتومی انجام داده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

☐

RM7- اگر بلی، سن بهنگام وازکتومی

دخانیات

Smok1 - آیا شما در طول زندگیتان حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

☐

Smoke2 - آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟

☐

۱. بلی روزانه ۲. بلی گاهی اوقات ۳. خیر

Smoke2.1 اگر بلی اولین سیگار را بطور منظم از چه سنی شروع کردید؟

 سال

Smoke2.2 بطور متوسط چند نخ در شبانه روز سیگار می کشیده یا می کشید؟

 بار

Smoke2.2 اگر دیگر سیگار نمی کشید از چه سنی سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده اید؟

 سال



مصرف سیگار را از زمان آغاز مصرف فهرست نمایید:

*نوع (۱- سیگار کارخانه ای ۲- سیگار دست ساز ۳- سیگار برگ)

روز در هفته Smoke2.7	تعداد در روز Smoke2.6	نوع • Smoke2.5	تا سن Smoke2.4	از سن Smoke2.3
روز در هفته Smoke2.12	تعداد در روز Smoke2.11	نوع • Smoke2.10	تا سن Smoke2.9	از سن Smoke2.8
روز در هفته Smoke2.17	تعداد در روز Smoke2.16	نوع • Smoke2.15	تا سن Smoke2.14	از سن Smoke2.13

☐

Smoke3 - آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده/هستید؟

(۱. بلی ۲. خیر)

روز
هفته

Smoke3.1 - اگر بلی

چند ساعت در روز چند ساعت در هفته

☐

Smoke4 - آیا شما در تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

روز
هفته

Smoke4.1 - اگر بلی

چند ساعت در روز چند ساعت در هفته

☐

Smoke5 - آیا در دوران کودکی تا فردی در خانواده شما سیگار می کشیده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)

☐

Hooka1 - آیا تاکنون قلیان استفاده کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید (* نوع تنباگویی را که بیشتر استفاده نموده اید را ذکر نمایید)

نوع مصرف	مدت زمان مصرف (به سال) Hooka1.1	دفعات معمول روزانه Hooka1.2	روز در هفته Hooka1.3	توضیحات اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود Hooka1.4
قلیان				

☐

Pipe1 - آیا تاکنون پیپ استفاده کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید

نوع مصرف	مدت زمان مصرف (به سال)	دفعات معمول روزانه	روز در هفته	توضیحات اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود Pipe1.4
پیپ	۱۱۱۱	۱۱۱۱	۱۱	

الكل

□	Alc01-آیا تاکنون از مشروبات الکلی استفاده کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
---	---

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید

نوع	۱. بلی ۲. خیر Alco1.1	مدت مصرف (به سال) Alco1.2	متوسط میزان مصرف در هر بار مصرف (CC) Alco1.3	تعداد دفعات در ماه Alco1.4	توضیحات Alco1.5
- آبجو (۷-۵٪الکل)	☐	☐		☐	
- مشروبات با الکل >۴۰٪ (ودکا، ویسکی و..)	☐	☐		☐	
- مشروبات دست ساز	☐	☐		☐	
- سایر	☐	☐		☐	

مواد مخدر

Adic1-آیا تاکنون از مواد مخدر استفاده کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐
---	--------------------------

در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید (نحوه مصرف: ۱- خوراکی ۲- استنشاقی ۳- تزریقی)

نحوه مصرف Adic1.1	مدت زمان مصرف (به سال) Adic1.2	مصرف روزانه Adic1.3	روز در هفته Adic1.4	توضیحات اگر تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود Adic1.5
┐┐	┐┐┐┐	┐┐┐┐	┐┐	- تریاک
┐┐	┐┐┐┐	┐┐┐┐	┐┐	- هرویین
┐┐	┐┐┐┐	┐┐┐┐	┐┐	- شیشه
┐┐	┐┐┐┐	┐┐┐┐	┐┐	- کوکائین
┐┐	┐┐┐┐	┐┐┐┐	┐┐	- کراک
┐┐	┐┐┐┐	┐┐┐┐	┐┐	- سایر.....

[illegible]

سیستم قلبی عروقی-قلب (پرسشنامه "WHO Rose")	
☐	Heart 1 - آیا تا بحال هر گونه درد یا ناراحتی در قفسه سینه خود داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 2 - آیا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن در سربالایی یا عجله است؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. با عجله راه نمی روم و یا از سربالایی بالا نمی روم)
☐	Heart 3 - آیا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن معمولی است؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 3-1 - در صورت بلی چند قدم راه بروید دچار درد قفسه سینه می شود؟ متر
☐	Heart 4 - وقتی که بهنگام راه رفتن دچار این درد می شوید چه می کنید؟ ۱. می ایستم یا هسته تر راه می روم ۲. از نیتروگلیسرین استفاده می کنم و به همان صورت قلبی ادامه می دهم ۳. نامشخص ۴. امتناع
☐	Heart 5 - اگر بایستید آیا بهتر می شود یا خیر؟ ۱. بهتر می شود ۲. فرقی نمی کند ۳. امتناع ۴. نامشخص
☐	Heart 6 - در چه مدت زمانی بهتر می شود؟ ۱،۱۰ دقیقه و کمتر ۲. بیشتر از ۱۰ دقیقه ۳. امتناع از پاسخ ۴. نامشخص
☐	Heart 7 - به این تصویر نگاه کنید و دقیقا به من بگویید کجا/ها احساس درد می کنید (چند نقطه هم می تواند انتخاب شود)
☐	Heart 8 - آیا تا بحال دردی در جلوی قفسه سینه اشته اید که نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 9 - آیا پزشک تا بحال به شما گفته است که حمله قلبی یا سکته قلبی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 10 - چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار حمله یا سکته قلبی شده اید؟
☐	Heart 11 - آیا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 12 - آیا در طی یکسال گذشته بخاطر مشکل قلبی تان در بیمارستان ب مدت حداقل یک شب بستری شده اید؟



	(۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 13- آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که آنژین صدری (درد قفسه سینه بخاطر بیماری قلبی) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 14- چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار آنژین صدری هستید؟
☐	Heart 15- آیا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جاوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 16- آیا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 17- آیا تابحال جراحی بایپس کرونر، آنژیو پلاستی (استنت/ یا بالون) برای بیماری قلبی تان داشته اید؟ ۱. بای پس عروق کرونر ۲. آنژیوپلاستی (استنت/بالون آنژیوپلاستی)
☐	Heart 18- آیا تابحال آنژیوگرافی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 19- آیا تابحال پزشک به شما گفته است گرفتگی شریانی (رگهای قلبتان) دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 20- آیا تابحال تورم/ ادم در هر دو مچ پا داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 21- آیا تابحال پزشک به شما گفته است نارسایی قلبی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 22- چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار نارسایی قلبی هستید؟
☐	Heart 23- آیا بخاطر این مشکل قلبی (نارسایی قلبی) از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 24- آیا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان (نارسایی قلبی) در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Heart 25- آیا تابحال پزشک به شما گفته است ریتم قلبی غیر نرمال دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
	پرفشاری خون (هایپر تانسیون)
☐	BP1- آیا تابحال پزشک به شما گفته است فشارخون بالا یا پرفشاری خون دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	BP2- چند ساله بودید که پزشک به شما برای اولین بار گفت که پرفشاری خون دارید؟ سال ☐
☐	BP3- آیا در حال حاضر برای فشارخون بالا دارو مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	BP4- آیا می توانید نام داروهای مصرفی خود را بگویید یا آنها را بمن نشان بدهید؟ (اگر نمی داند کد ۹ درج شود) ۱- ۲- ۳-
☐	BP5- آیا در حال حاضر با رژیم غذایی، یا ورزش و یا هر درمان غیر دارویی دیگر برای فشارخون بالا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)

معاینه قلبی			
☐ S3 Gallop ☐ S4 Gallop ☐ Systolic Click ☐ Neck vein distension at 30 and 45 degrees (sitting upright) ☐ Irregular pulse		0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 9 =Unk.	
☐ Systolic murmur(s) if yes, fill below			
Murmur Grade ☐		0=No sound 1 to 6 = for grade of sound heard 9=Unk	
☐ Diastolic murmur(s) 0=No 1=Yes 2=Maybe 9=Unk.			
Physical Exam--Peripheral Vessels			
Lower Extremity Abnormalities	Right	Left	
Stem varicose veins (Do not code reticular or spider varicosities) (0=No abnormality 1=Yes 9=Unk.)	☐	☐	
Ankle edema (0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 8=absent due to amputation 9=Unk.)	☐	☐	
Amputation level (0=No, 1=Toes only, 2=Foot, 3=below Knee, 4=above Knee, 5= Other, write in _____, 9=Unk.)	☐	☐	
Artery	Pulse 1=Present 2=Abnormal 9=Unk.		
	Right	Left	
Femoral	☐	☐	
Popliteal	☐	☐	
Post Tibial	☐	☐	
Dorsalis Pedis	☐	☐	
نظر پزشک معاینه کننده:			



سیستم تنفسی				
Res1 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را ببرید) دارید؟	۱. بلی ۲. خیر	سن تشخیص	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	محدودیت در هر گونه فعالیت بخاطر این مشکل
Res 1.1 - آسم	☐	☐	☐	☐
Res 1.2 - برونشیت مزمن	☐	☐	☐	☐
Res 1.3 - بیماری های انسدادی ریه	☐	☐	☐	☐
Res 1.4 - آمفیزم	☐	☐	☐	☐
سایر بیماریهای تنفسی				
Res 2 - آیا تا بحال بیماری دیگر تنفسی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید	☐			
Res 3 - آیا تا بحال جراحی قفسه سینه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی لطفا ذکر کنید	☐			
Res 4 - آیا در حال حاضر برای مشکل ریوی (تنفسی) اکسیژن دریافت می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 5 - آیا بخاطر این مشکل تنفسی هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 6 - آیا در ۱۲ ماه گذشته بجز سرماخوردگی یا برای صاف کردن گلو، سرفه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 7 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته باسرفه صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 8 - اگر پاسخ شما به یکی از سوالات ۶ و ۷ مثبت است - آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐	سال ☐		
Res 9 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقعی که سرماخورده بوده اید خلط داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 10 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته باخلط صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 11 - اگر پاسخ شما به یکی از سوالات ۹ و ۱۰ مثبت است - آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 12 - چند سال است که با خلط سینه مشکل دارید؟	☐	سال ☐		
Res 13 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خس خس یا صدای مانند سوت در سینه داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)	☐			
Res 14 - اگر بلی هر چند وقت یکبار این مشکل را داشتید؟ 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
☐	Res 15 - آیا شما این خس خس یا صدای مانند سوت در سینه را در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقع سرماخوردگی داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 16 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دچار حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه شده اید که باعث تنگی نفس بشود؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 17 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 18 - آیا بهنگام تند راه رفتن در سطح صاف یا بالارفتن از سربالای دچار تنگی نفس می شوید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 19 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام استراحت روزانه دچار حمله تنگی نفس شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 20 - آیا شما باید بهنگام راه رفتن معمولی برای تجدید تنفس بایستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 21 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام فعالیت شدید دچار تنگی نفس شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 22 - آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با تنگی نفس از خواب بیدار شده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 23 - آیا دچار قطع تنفس در موقع خواب هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Res 24 - اگر بلی ۱. آیا اطرافیان متوجه قطع تنفس شما شده اند ۲. خودتان بدلیل وقف تنفس از خواب بیدار می شوید
☐	Res 25 - آیا شبها احساس نامطبوع در پاها از قبیل گزگز، گرما، کرخ شدن دارید که مانع بخواب رفتن شما بشود؟ (۱. بلی ۲. خیر)
۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐	Res 26 - این احساس نامطبوع با کدام یک از روش / روشهای زیر برطرف/کم می شود؟ ۱. راه رفتن ۲. مالیدن ۳. خاراندن ۴. بالا گرفتن پاها ۵. غیره.....
☐	Res 27 - آیا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل تنفسی تان استفاده می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکل تنفسی تان را نام ببرید یا نشان دهید. ۱. ۲. ۳.

معاینه ریوی

Inspection/Observation

0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 9=Unk

- ☐ Kyphosis
- ☐ scoliosis
- ☐ Pectus Cannatum
- ☐ Pectus Excavantum
- ☐ Barrel chest
- ☐ Cyanosis of nail bed
- ☐ Clubbing

قطر قدامی خلفی قفسه سینه به سانتی متر:.....

قطر عرضی قفسه سینه به سانتیمتر:.....

0=No, 1=Yes, 2=Maybe, 9=Unk.

Right

Left

☐ Normal☐ Wheezing on auscultation☐ Rales/ Crackles☐ Abnormal breath sounds

نظر پزشک معاینه کننده:



ارزیابی نورولوژیکی				
محدودیت در هر گونه فعالیتی بخاطر این مشکل	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سن تشخیص	۱. بلی ۲. خیر	Neuro1 - آیا تابحال پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را بپیرید) دارید؟
☐	☐	☐	☐	Neuro1.1 - سکته مغزی
☐	☐	☐	☐	Neuro1.2 - مینی استروک (TIA)
☐	☐	☐	☐	Neuro1.3 - صرع
☐	☐	☐	☐	Neuro1.4 - مولتیپل اسکلروزیس یا بیماری ام.اس
☐	☐	☐	☐	Neuro1.5 - سردرد میگرنی
☐	☐	☐	☐	Neuro1.6 - مشکل حافظه/دمانس/الزایمر
اپیزودهای عروق مغزی (۰=خیر، ۱. بلی، ۲. شاید/احتمالا ۳. نمی دانم)				
مدت زمان داشتن این علامت		Neuro2 - آیا تابحال هر کدام از علایم زیر را داشته اید؟		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.1 - ☐ ضعف عضلانی ناگهانی		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.2 - ☐ اختلال تکلم ناگهانی		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.3 - ☐ کاهش ناگهانی دید		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.4 - ☐ دو بینی ناگهانی		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.5 - ☐ از دست دادن ناگهانی دید یک چشم		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.6 - ☐ کرختی و گزگز ناگهانی در اندام		
☐ بیشتر مساوی ۲۴ ساعت	☐ کمتر از ۲۴ ساعت	Neuro2.7 - ☐ از دست دادن ناگهانی درک صحبت دیگران		
بیماری پارکینسون / علایم پارکینسون				
☐	Neuro3 - آیا تا بحال پزشک به شما گفته است بیماری پارکینسون دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
☐	Neuro4 - چند ساله بودید وقتی پزشک به شما گفت این بیماری را دارید؟			
☐	Neuro5 - آیا تحت درمان دارویی هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
		Neuro6 - می توانید نام داروهایی را که استفاده می کنید بمن بگویید یا آنها را بمن نشان دهید؟ ۱. ۲. ۳.		
☐	Neuro7 - آیا لرزش اندام تان وقتی که در حالت استراحت هستید بیشتر است یا وقتی که کاری انجام می دهید؟ ۱. در حال استراحت ۲. هنگام استفاده/ کار			



☐	Neuro8- آیا دست خط تان کوچکتر از قبل شده است؟
☐	Neuro9- آیا در بستن دکمه مشکل دارید؟
☐	Neuro10- آیا دستها یا پاهایتان می لرزد؟
☐	Neuro11- آیا مردم می گویند که نسبت به قبل صدای شما نازک تر شده است؟
☐	Neuro12- آیا پاهایتان ناگهانی قفل می کند؟
☐	Neuro13- آیا مجبورید قدمهای کوتاه بردارید وقتی راه می روید چون پاهایتان می لرزد؟
☐	Neuro14- آیا تعادل ضعیفی دارید؟
☐	Neuro15- آیا صورتتان نسبت به قبل کمتر حالت می گیرد؟
☐	Neuro16- آیا برخاستن از صندلی برایتان مشکل است؟

مشکلات ادراری

Revised Urinary Incontinence Scale (RUIS)

خیلی زیاد	متوسط	بطور جزئی	اصلا	ایا شما هر کدام از مشکلات زیر را دارید اگر بلی به چه میزان باعث ناراحتی شما شده است؟
☐	☐	☐	☐	RUIS 1 - نشت ادراری به دلیل فوریت در دفع ادرار
☐	☐	☐	☐	RUIS 2 - نشت ادراری به هنگام فعالیت فیزیکی، سرفه یا عطسه
☐	☐	☐	☐	RUIS 3 - سوزش یا ناراحتی به هنگام دفع ادرار
☐	RUIS 4 - هر چند وقت یکبار شما دچار نشت ادراری می شوید؟ ۱. هیچوقت ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در هفته ۵. هر روز/ شب			
☐	RUIS 5 - چه مقدار ادرار در هر نوبت دفع می کنید؟ ۱. چند قطره ۲. مقداری کمی ۳. زیاد			
☐	RUIS6- آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خارج از کنترل خود ادرار داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
☐	RUIS 7 - آیا تا به حال این مشکل ادراری به پرشک / نرس/ماما مراجعه کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)			
☐	RUIS 8 - آیا بخاطر مشکل نشت ادراری فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟ (۱. بلی ۲. خیر)			

Urinary Tract Infection (UTI) عفونت ادراری

☐	UTI1- آیا تابحال عفونت ادراری داشته اید ؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	UTI1- اگر بلی چند بار
☐	UTI1- اگر بلی آخرین بار کی بوده است ؟ (تاریخ ذکر شود تا دقت ماه)
☐	UTI1- آیا تا به حال این مشکل عفونت ادراری به پرشک مراجعه کرده اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Otherurin1- آیا دارو های مدر مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Otherurin2- آیا داروهای مدر را در وعده عصر یا شب مصرف می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Otherurine3- از ساعت ۷ عصر تا آخر شب چند استکان چایی مصرف می کنید؟



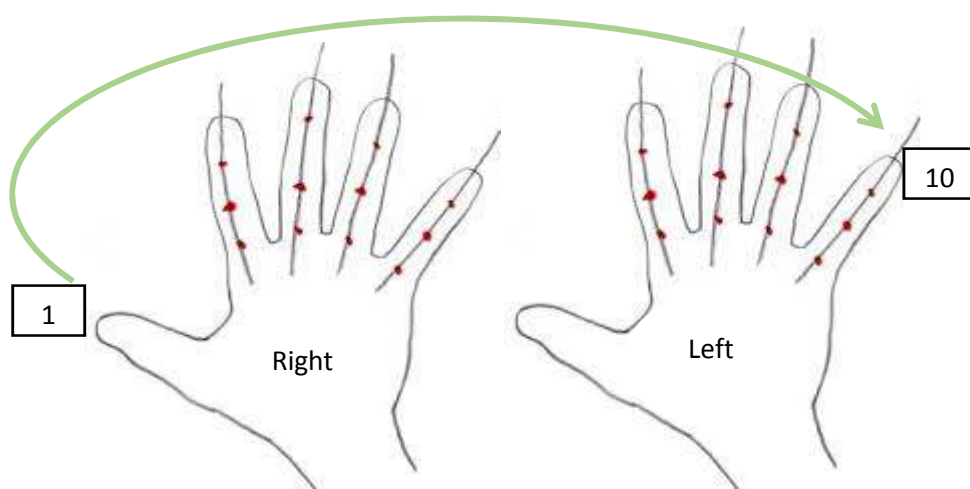
علائم و نشانه های مربوط به پروستات (مردان) (IPSS)						
تقریباً همیشه	بیشتر از نصف دفعات	در حدود نصف دفعات	کمتر از نصف موارد	کمتر از بار در هر ۵ بار	هیچوقت	آیا در طی ماه گذشته هریک از مشکلات زیر را داشته اید؟
☐	☐	☐	☐	☐	☐	IPSS1 احساس تخلیه ناکامل مثانه
☐	☐	☐	☐	☐	☐	IPSS1 جریان ضعیف ادراری
☐	☐	☐	☐	☐	☐	IPSS1 فوریت در دفع ادرار بطوریکه نمی توانستید آن را عقب بیندازید
☐	☐	☐	☐	☐	☐	IPSS1 قطع و وصل شدن جریان ادرار در طی ادرار کردن
☐	☐	☐	☐	☐	☐	IPSS1 زور زدن برای شروع ادرار کردن
☐	☐	☐	☐	☐	☐	IPSS1 فوریت در دفع ادرار در کمتر از ۲ ساعت از نوبت قبل
☐		IPSS1 بطور کلی وضعیت ادرار کردن خود را در حال حاضر چگونه توصیف می کنید؟ ۱. خیلی خوب ۲. خوب ۳. قابل قبول ۴. نه خوب نه بد ۵. تقریباً بد ۶. خیلی بد ۷. وحشتناک				
غربالگری پروستات (مردان) (Pscreen)						
☐		Pscreen1 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)؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
☐		Pscreen2 اگر بلی تاریخ آخرین تست				
☐		Pscreen3 آیا تابحال اندازه پروستات در بررسی سونوگرافی تشخیص داده شده است؟ (۱. بلی ۲. خیر)				
☐		Pscreen4 اگر بلی تاریخ آن در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه				
☐		Pscreen5 آیا تابحال پزشک به شما گفته است که یک غده پروستات بزرگ شده دارید؟ (بزرگی خوش خیم پروستات)؟ (۱. بلی ۲. خیر) در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه				
☐		Pscreen5 اگر بلی ، آیا درمانی برای شما انجام شده است؟ نام داروها ذکر شود.....				

ارتریت / استئو آرتریت

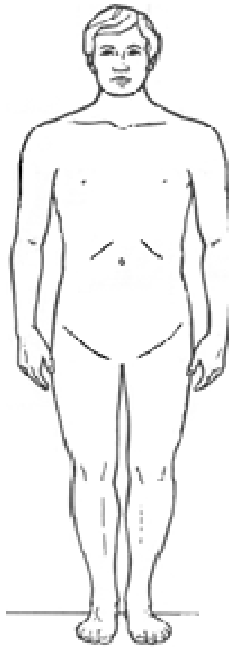
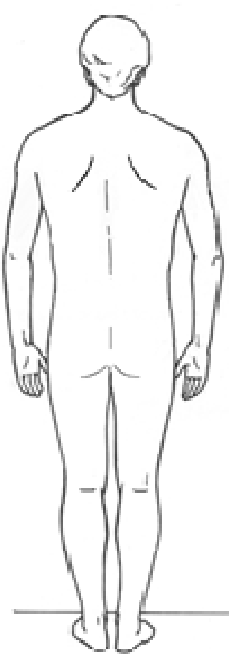
☐	Pain 1 - آیا تا کنون در هر جایی از بدن خود احساس درد / سفتی (خشکی) / تورم / درد در اثر فشار که حداقل یکماه طول کشیده باشد داشته / دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
--------------------------	---

Pain 2 - 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

- ☐ ۱
- ☐ ۲
- ☐ ۳
- ☐ ۴
- ☐ ۵
- ☐ ۶
- ☐ ۷
- ☐ ۸
- ☐ ۹
- ☐ ۱۰



سفتی (خشکی)	تورم	درد
		☐ سر
☐ گردن		☐ گردن
☐ شانه (راست- چپ)	☐ شانه (راست- چپ)	☐ شانه (راست- چپ)
☐ پشت		☐ پشت
☐ آرنج (راست- چپ)	☐ آرنج (راست- چپ)	☐ آرنج (راست- چپ)
☐ مچ دست (راست- چپ)	☐ مچ دست (راست- چپ)	☐ مچ دست (راست- چپ)
☐ مهره های کمری		☐ مهره های کمری
☐ زانو (راست- چپ)	☐ زانو (راست- چپ)	☐ زانو (راست- چپ)
☐ مچ پا (راست- چپ)	☐ مچ پا (راست- چپ)	☐ مچ پا (راست- چپ)
☐ کف پا و انگشتان پا	☐ کف پا و انگشتان پا	☐ کف پا و انگشتان پا

☐ مفصل لگن	☐ مفصل لگن درد هیپ با ساکروایلیاک	☐ مفصل لگن درد هیپ با ساکروایلیاک	
☐ هیپ درد قدامی ران/ساکروایلیاک ناحیه گلوئتال است)		☐ هیپ درد قدامی ران/ساکروایلیاک ناحیه گلوئتال است)	
سایر ذکر شود	سایر ذکر شود	سایر ذکر شود	
☐ . ☐	Pain 3 - چه مدتی است که این مشکل راداشته/ دارید؟ (به سال)		
☐	Pain 4 - آیا این درد/سفتی (خشکی)/ تورم/ درد در اثر فشار را در طی ۷ روز گذشته داشته اید؟ (۱. بلی ۲. خیر)		
سن ☐ ☐ سال ☐ ☐	Pain 5 - 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؟		
☐ . ☐	Pain 6 - چه مدت زمانی این مشکل طول کشیده است؟		
☐	Pain 7 - آیا در در صبحها؟ (۱. بیشتر بوده/ است ۲. کمتر بوده/ است ۳. فرقی نداشته/ ندارد می خواهم در مورد دردی که در گذشته داشته اید یا در حال حاضر دارید چند سوال بپرسم		
☐	Pain 8 - آیا درد با فعالیت؟ (۱. بیشتر می شده/ می شود ۲. کمتر می شده/ می شود ۳. فرقی نداشته/ ندارد)		
☐	Pain 9 - آیا درد بعد از خواب رفتن شمارا از خواب بیدار می کرده/ می کند؟ (۱. بلی ۲. خیر) اگر بلی چه ساعتی حدودا بیدار می شوید؟.....		
☐	Pain 10 - 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؟ (۱. بلی ۲. خیر)		
☐ ☐	Pain 11 - 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) اصلادردی ندارم (۱۰) بیشترین درد قابل تصور		
☐	Pain 12 - شدت دردی را که بیاد می آورید یا در حال حاضر دارید چگونه توصیف می نمائید؟ ۱. خفیف ۲. ناراحت کننده ۳. آزاردهنده ۴. طاقت فرسا ۵. کشنده		
☐	Pain 13 - آیا هر گونه دارویی/ اقدامی برای کنترل آن مصرف کرده/ می کنید؟ (۱. بلی ۲. خیر)		
	Pain 14 - آیا 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)؟		
☐	Pain 15 - آیا پزشک به شما گفته است که استئو آرتريت/آرتروز دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)		

☐	Pain 16 - آیا پزشک به شما گفته است که آرتريت/ روماتیسم مفصلی دارید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Pain 17 - در چه سنی به شما گفته شد که آرتريت/ روماتیسم مفصلی دارید؟
	Pain 18 - آیا تحت درمان هستید؟ (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Pain 19 - آیا حادثه و ضربه ای (منظور کشیدگی عضله یا جراحی) قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟ (۱. بلی ۲. خیر ۳. به خاطر نمی آورم)
☐	Pain 20 - در صورت بلی، چه حادثه ای قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟ ۱. عدم تعادل و افتادن حین حرکت ۲. تصادف و سایل نقلیه ۳. سقوط ۴. ضربه و یا برخورد جسمی سخت به شما ۵. سایر
☐	Pain 21 - کدامیک از موارد زیر را دارید؟ Pain 21-1 - درد ژنرالیزه اگر بلی مدت آن (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Pain 21-2 - احساس سرما در بدن اگر بلی مدت آن (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Pain 21-3 - عدم تحمل سرما اگر بلی مدت آن (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Pain 21-4 - خستگی و کوفتگی صبحگاهی اگر بلی مدت آن (۱. بلی ۲. خیر)
☐	Pain 21-5 - فقدان انرژی کافی اگر بلی مدت آن (۱. بلی ۲. خیر)

سابقه سایر بیماریها				
آیا تابحال پزشک به شما گفته است که (نام موارد ذیل برده شود) دارید؟				
گوارش				
مشکل/بیماری	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
اولسر پپتیک				
بیماری کرون				
کبد چرب				
سنگ کیسه صفرا				
سایر				
سرطان				
ریه				
معهده				
مری				
پستان				
پروستات				
کولورکتال				
سایر				
غدد و متابولیسم				
مشکل/بیماری	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
دیابت نوع ۱				
دیابت نوع ۲				
کبد چرب				
کم کاری تیروئید				
پرکاری تیروئید				
سایر				
سیستم ادراری				
سنگ کلیه				
نارسایی کلیه				
بی اختیاری ادراری				
سایر				
روانپزشکی				
مشکل/بیماری	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
افسردگی				
اضطراب				
سایر				
سایر موارد				
۱.				



سابقه مصرف داروها							
D1- داروهای قلبی و پرفشاری خون							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D1-1- آسپرین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-2- وارفارین / هپارین / پلاویکس	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-3- دیورتیک ها	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-4- بتابلاکرها (آنتولول، پروپرانولول، متوپرولول)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-5- ACEi (کاپتوپریل)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-6- دیگوسکین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-7- ARB (لوزارتان - والسارتان)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D1-7- سایر (نام ببرید)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2- داروهای دیابت							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D2-1- انسولین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2-2- متفورمین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2-3- گلیبن کلامید	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D2-4- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D3- داروهای هایپرلیپیدمی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D3-1- استاتین ها (آتوروستاتین و استاتین ها)	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D3-2- جم فیبروزیل	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D3-3- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4- داروهای اعصاب و روان							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D4-1- بنزودیازپین ها	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-2- والپروات سدیم	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-3- ضد تشنج ها	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-4- ضد افسردگی	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-5- ضد اضطراب	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-6- سایر.....	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D4-7- سایر.....	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐

D5- داروهای کورتیکواستروئیدی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D5-1- تزریقی	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D5-2- خوراکی	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D5-3- موضعی	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D6- داروهای گوارشی							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
H ₂ Blocker -D6-1	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
PPIs -D6-2	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D6-3- کلینیدیوم - سی	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D6-4- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D7- آنتی بیوتیک ها							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
Amoxicillin -D7-1	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Cefexim -D7-2	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Azithromycin -D7-3	☐	☐	☐	☐	☐		☐
Metronidazole -D7-4	☐	☐	☐	☐	☐		☐
D7-5- سایر	☐	☐	☐	☐	☐		☐
D8- متفرقه							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D8-1- استامینوفن	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D8-2- استامینوفن کدئین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D8-3- ایبوپروفن	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D8-4- دیکلوفناک	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
Levothyroxine -D8-5	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
MTX -D8-6	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
Hydroxychloroquine -D8-7	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
/ Sulfasalazine -D8-8	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D8-9- ایندومتاسین	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D8-10- ناپروکسن	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D9- سایر (نام ببرید)							
نام دارو	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	تعداد	دوز (میلی گرم / واحد)	مدت به ماه
D9-1	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D9-2	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐
D9-3	☐	☐	☐	☐	☐		☐ ☐ ☐

مصرف مکمل های خوراکی					
نام مکمل	بلی	روزانه	هفتگی	ماهانه	مدت (به ماه)
S1- مولتی ویتامین با مینرال	☐	☐	☐	☐	☐
S2- مولتی ویتامین (بدون مینرال)	☐	☐	☐	☐	☐
S3- ویتامین ب کمپلکس	☐	☐	☐	☐	☐
S4- ویتامین ب ۱۲	☐	☐	☐	☐	☐
S5- ویتامین ب ۶	☐	☐	☐	☐	☐
S6- ویتامین E	☐	☐	☐	☐	☐
S7- اسید فولیک	☐	☐	☐	☐	☐
S8- ویتامین D (قرص □ / آمپول □)	☐	☐	☐	☐	☐
S9- کلسیم	☐	☐	☐	☐	☐
S10- امگا ۳ / روغن ماهی	☐	☐	☐	☐	☐
S11- آهن (فروسولفات / ففول)	☐	☐	☐	☐	☐
S12- روی یا زینک (زینک سولفات / زینک گلوکونات)	☐	☐	☐	☐	☐
S13- سایر مکمل ها (ذکر شود)	☐	☐	☐	☐	☐
S13.1	☐	☐	☐	☐	☐
S13.2	☐	☐	☐	☐	☐
S13.3	☐	☐	☐	☐	☐