

শুষ্ক চকুৰ নিদান-সম্বন্ধীয় প্রশ্নাৱলী

ৰোগীৰ নাম: লিঙ্গ: বয়স:

চিকিৎসকৰ নাম: হাস্পাতালৰ নাম: স্থান:

1. ইয়াৰ কোনোবা এটা লক্ষণত আপুনি ভুগিছে নেকি, যদি ভুগিছে তেন্তে কিমান দিন/মাহৰ পৰা?

লক্ষণ	কাচিৎ	নহয়	মাহ/দিন
পোহৰৰ দ্বাৰা সংবেদনশীল চকু?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
চকুত ধূলি-মাকতি সোমোৱাৰ দৰে লগা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
বিষ হোৱা বা ৰঙা চকু?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
অস্পষ্ট দেখা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
খজুৱতি বা জ্বলন হোৱা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
বাহ্যিক পদাৰ্থ অনুভৱ হোৱা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
শুকতা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
পানী ওলোৱা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. চকুৰ সমস্যাসমূহৰ পৰা এইবিলাক কামৰ যি কোনো এটা কৰোতে আপোনাৰ সমস্যা হৈছে নেকি; যদি হয় তেন্তে কিমান দিন/মাহৰ পৰা?

সমস্যা	হয়	নহয়	মাহ/দিন
পঢ়া	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
কম্পিউটাৰত কাম কৰা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ৰাতি গাড়ী চলোৱা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
চকুৱে অস্পষ্ট দেখা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3. এনে কোনো এটা পৰিস্থিতিত আপোনাৰ অসুবিধা হৈছে নেকি? যদি হৈছে তেন্তে কিমান দিন/মাহৰ পৰা?

লক্ষণ	হয়	নহয়	মাহ/দিন
প্ৰবল বতাহ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
কম সিজ (অত্যন্ত শুকান) ঠাই বা ক্ষেত্ৰত	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
শীত-তাপ নিয়ন্ত্ৰিত স্থান?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ৰ'দ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
গৰম ঠাইসমূহ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4. আপুনি এইবোৰ ৰোগৰ যি কোনো এটাত ভুগিছে নেকি? যদি ভুগিছে তেন্তে কিমান দিন/বছৰৰ পৰা?

ৰোগ	হয়	নহয়	মাহ/বছৰ
ডায়েবিটিজ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ৰিউমেটয়ড আৰ্থ্ৰাইটিছ (বাতবিষাভ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
চকুৰ এলাৰ্জি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ৰক্ত চাপ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ৰজেনিভিৰ পিছত	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

5. আপুনি ইয়াৰ ভিতৰৰ কোনো এটা ঔষধ লৈ আছে নেকি, যদি লৈ আছে তেন্তে কিমান মাহ/বছৰৰ পৰা?

ঔষধ	সঘনে	কাচিৎ	নহয়	মাহ/বছৰ
ৰক্ত চাপৰ ঔষধ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
এলাৰ্জি আৰু হাঁপানীৰ ঔষধ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
হৰম'নেল ৰিপ্লেচমেণ্ট থেৰাপী	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
বিষ-নিবাৰক (যেনে পেৰাচিটেমল, আইব্ৰোফেন)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
এণ্টি-ব্লুক'মা আই ড্ৰপ্চ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

6. এই প্ৰশ্নসমূহৰ উত্তৰ হয় বা নহয় হিচাপে দিয়ক

অৱস্থাসমূহ	হয়	নহয়	মাহ/বছৰ
আপুনি ধূমপান কৰে নেকি, যদি কৰে তেন্তে কিমান মাহ / বছৰৰ পৰা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
আপুনি কনটেক্ট লেন্স পিন্ধে নেকি, যদি পিন্ধে তেন্তে কেই মাহ / বছৰৰ পৰা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
আপুনি চকুৰ কিবা অস্ত্ৰোপচাৰ (অপাৰেশ্যন) কৰাইছিল নেকি, যদি কৰাইছে তেন্তে কিমান মাহ / বছৰৰ পৰা?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

শূৰ্মাৰ স্ক'ৰ (সোঁফাল): শূৰ্মাৰ স্ক'ৰ (বাওঁফাল): টিবিইউটি টাইম (সোঁফাল):

টিবিইউটি টাইম (বাওঁফাল): ফ্লুঅ'ৰেচিন টেষ্ট স্ক'ৰ (সোঁফাল): ফ্লুঅ'ৰেচিন টেষ্ট স্ক'ৰ (বাওঁফাল):

Rx