**වෘත්තිය හා පාරිසරික විශේෂ වෛද්‍ය හා සෞඛ්‍ය පරික්ෂණය කොරියන් සමිතිය**

* ආයතනය-
* නම-

※වෛද්‍ය ඉතිහාසය පිළිඔද ප‍්‍රශ්න (රෝග ඉතිහාසය හා පවුල් පසුබිම ).

1. පහත දැක්වෙන රෝගයකින් ඔබ පෙලෙනවාද නැති නම් ඒබ ව හදුනා ගෙන තිබේද ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| රෝගය | ආඝාතය | හෘදයා බාධ | අධික රුධිර පීඪනය | කොලෙස්ටරෝල්  | ක්ෂය රෝගය | දියවැඩියාව | පිළිකා හා අනිත් |
| හදුනා ගෙන ඇත. |  |  |  |  |  |  |  |
| ප‍්‍රථිකාර ගනි. |  |  |  |  |  |  |  |

2. ඔබේ දෙමාපියන් සොහොයුරන් හෝ සොහොයුරියන් පහත දැක් වෙන රෝග වලින් මිය ගියාද?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| රෝගය | ආඝාතය  | හෘදයා බාධ | අධික රුධිර පීඪනය | දියවැඩියාව | පිළිකා හා අනිත් |
| ඔව්  |  |  |  |  |  |

3. ඔබ හෙපටයිටිස් B වාහකයෙක්ද ? ①ඔව් . ②නැහැ. ③ නොදනිමි.

**※** දුම්පානය පිළිබදව ප්‍රශ්න.

කරුණාකර පහත ප්‍රශ්න කියවා ඔබගෙ වර්තමානයට අදාලව ප්‍රකාශණ පුරවන්න.

4. ඔබේ ජීවිත කාලය තුළ ඔබ කවදා හෝ සිගරට් පැකට් 5ක් (සිගරට් 100ක්) හෝ ඊට වැඩි ප්‍රමාණයක් (සුරුට්ටු) පානය කර තිබේද?

① නැහැ(5 වන ප්‍රශ්නට යන්න.) . ② ඔව් ( 4-1 වන ප්‍රශ්නයට යන්න .).

4-1. ඔබ දැනට සිගරට් (සුරුට්ටු) බොනවාද?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① දැනට දුම් බොනවා. | වසර \_\_\_ පමණ | සාමාන්යයෙන් දිනකට සිගරට් \_\_\_\_\_\_  |  |
| ② කලින් දුම් බිව්වා. එත් දැන් දුම් බොන්නෙ නැහැ. | වසර \_\_\_ පමණ | දුම් බොන විට,සාමාන්යයෙන් දිනකට සිගරට් \_\_\_\_\_\_ | දුම්පානය නතර කර වසර \_\_\_\_ ක් |

5. ඔබ කවදා හෝ සිගරට් වර්ගයේ ඉලෙක්ට්‍රොනික සිගරට්ටුවක් පානය කර තිබේද? (උණුසුම් දුම්කොළ: උදා: iQOS, glo, සහ lil)

① නැහැ(6 වන ප්‍රශ්නට යන්න.) . ② ඔව් ( 5-1 වන ප්‍රශ්නයට යන්න .).

5-1. ඔබ දැනට සිගරට් වර්ගයේ ඉලෙක්ට්‍රොනික සිගරට් බොනවාද(ණුසුම් දුම්කොළ)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① දැනට දුම් බොනවා. | වසර \_\_\_ පමණ. | සාමාන්යයෙන් දිනකට සිගරට් \_\_\_\_\_\_ . |  |
| ② කලින් දුම් බිව්වා. එත් දැන් දුම් බොන්නෙ නැහැ. | වසර \_\_\_ පමණ. | දුම් බොන විට,සාමාන්යයෙන් දිනකට සිගරට් \_\_\_\_\_\_. | දුම්පානය නතර කර වසර \_\_\_\_ ක්. |

6. ඔබ කවදා හෝ දියර විද්‍යුත් සිගරට්ටුවක් භාවිතා කර තිබේද?

① නැහැ . ② ඔව් ( 6-1 වන ප්‍රශ්නයට යන්න. ).

6.1. පසුගිය මාසය තුළ ඔබ කවදා හෝ වාෂ්ප බීම උත්සාහ කර තිබේද?

① නැහැ .② මසකට දින 1-2. ③ මසකට දින 3-9. ④ මසකට දින 10-29. ⑤ සෑම දිනකම.

**※** බීම සම්බන්ධ ප්‍රශ්න. (පසුගිය වසර සඳහා.)

කරුණාකර පහත ප්‍රශ්න කියවා ඔබගෙ වර්තමානයට අදාලව ප්‍රකාශණ පුරවන්න.

7. ඔබ කොපමණ කලයකට වාරයක් මත්පැන් පානය කරනවාද? (කරුණාකර පහත ඒවායින් එකකට පිළිතුරු දෙන්න.)

① සතියකට වරක් . ② මසකට වරක්.

③අවුරුද්දකට වරක්. ④ මත් පැන් පනය කරන්නෙ නැත.

7-1. ඔබ බොන විට ඔබ සාමාන්‍යයෙන් දිනකට කොපමණ ප්‍රමාණයක් පානය කරනවාද?

\* කරුණාකර භාවිතා කිරීමෙන් ප්‍රමාණය ඒකකවලින් සපයන්න (ශොට්ස්, බෝතල්, කෑන්, හෝ cc). ඔබට විවිධ මත්පැන් වර්ග තෝරා ගත හැකිය. ඔබ දිනකට පරිභෝජනය කරන මුළු ප්‍රමනය ලබා දෙන්න. ඔබ බාවිතා කරන මත්පැන් වර්ගය පහත නොදැක්වෙ නම් කරුණාකර එම කාණ්ඩයට අයත් මධ්‍යසාර වර්ගයක් තෝරන්න.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| මධ්‍යසාර වර්ගය | ශොට්ස් | බෝතල් | කෑන් | Cc |
| සෝජු |  |  |  |  |
| බියර් |  |  |  |  |
| ස්ප්රීතු |  |  |  |  |
| මැක්ජොලි |  |  |  |  |
| වයින් |  |  |  |  |

7-2. ඔබ එක් දිනක් තුළ පරිභෝජනය කළ විශාලතම මත්පැන් ප්‍රමාණය කොපමණද?

\* කරුණාකර භාවිතා කිරීමෙන් ප්‍රමාණය ඒකකවලින් සපයන්න (ශොට්ස්, බෝතල්, කෑන්, හෝ cc). ඔබට විවිධ මත්පැන් වර්ග තෝරා ගත හැකිය. ඔබ දිනකට පරිභෝජනය කරන මුළු ප්‍රමනය ලබා දෙන්න. ඔබ බාවිතා කරන මත්පැන් වර්ගය පහත නොදැක්වෙ නම් කරුණාකර එම කාණ්ඩයට අයත් මධ්‍යසාර වර්ගයක් තෝරන්න. අධික ලෙස පානය කිරීම: එක් දිනක් තුළ පරිභෝජනය කරන උපරිම මත්පැන් ප්‍රමාණය අනුව විනිශ්චය කිරීම.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| මධ්‍යසාර වර්ගය | ශොට්ස් | බෝතල් | කෑන් | Cc |
| සෝජු |  |  |  |  |
| බියර් |  |  |  |  |
| ස්ප්රීතු |  |  |  |  |
| මැක්ජොලි |  |  |  |  |
| වයින් |  |  |  |  |

**※**ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් සම්බන්ධ ප්‍රශ්න (ව්‍යායාම).

කරුණාකර පහත ප්‍රශ්න කියවා ඔබගෙ වර්තමානයට අදාලව ප්‍රකාශණ පුරවන්න.

8-1. ඔබ සාමාන්‍යයෙන් සතියකට දින කීයක් ඔබට හුස්ම හිර කරන අධි තීව්‍රතාවයකින් යුත් ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් සිදු කරන්නේද?

සතියට දින ( ).

(උදා., ධාවනය, අරොබික්ස්, වේගවත් බයිසිකල් පැදීම, ඉදිකිරීම් ශ්‍රමය, සහ පඩිපෙළ මත දේවල් රැගෙන යාම)

8-2. ඔබ සාමාන්‍යයෙන් දිනකට පැය කීයක් හුස්ම හිරවෙන තරම් අධික තීව්‍රතාවයකින් යුත් ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වල නියැලෙනවාද?

දිනකට පැය( ) මිනිත්තු( ).

9-1.ඔබ සාමාන්‍යයෙන් සතියකට දින කීයක් ඔබට හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතා ඇති කරන මධ්‍යස්ථ තීව්‍ර ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් කරනවාද?

සතියට දින( ).

(උදා: වේගවත් ඇවිදීම, ටෙනිස්, සාමාන්‍ය වේගයෙන් බයිසිකල් පැදීම, සැහැල්ලු වස්තූන් රැගෙන යාම සහ පිරිසිදු කිරීම)

\* ප්‍රශ්න 8-1 සහ 8-2 සඳහා ප්‍රතිචාරවලට අදාළ ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම් හැර.

9-2. ඔබ සාමාන්‍යයෙන් දිනකට පැය කීයක් ඔබට තරමක් හුස්ම හිරකරන මධ්‍යස්ථ තීව්‍ර ශාරීරික ක්‍රියාකාරකම්වල නියැලෙනවාද ?

දිනකට පැය( ) මිනිත්තු( ).

10. පසු ගිය සතියෙ නුඹ දින කීයක් පුෂ් අප්ස්,සිට් අප්ස්, ඩම්බෙල්ස්,බර්බෙල්ස් හො පුල් අප් බර්ස් වැනි ශාරීරික ශක්ති වර්ධන ව්‍යායාම් වල යෙදුනෙද?

සතියට දින( ).

※අදාල ඉන්ද්‍රින් පිළිඔද රෝග ලක්ෂන වලට අදාල ප‍්‍රශ්න.

11. පසුගිය මාස 6.

| කොටස | රෝග ලක්ෂනය | තීව‍්‍රතාවය  |
| --- | --- | --- |
| වැඩි | මධ්‍යම | නැත |
| සාමාන්‍ය | ආහාර අරුචිය/ බර අඩුවිම |  |  |  |
| ශරිරය තූල ගැටිති ඇති විම |  |  |  |
| කම්මැලි ගතිය දැනිම  |  |  |  |
| සම | කැසිම හෝ ඉදිමුම  |  |  |  |
| සමේ කූෂ්ඨ  |  |  |  |
| කෙස් , නියපොතූ කකූලේ නිය  |  |  |  |
| වෙනස් විම |  |  |  |
| ඇස්  | ඇස් දැවිල්ල/ කදුන්‍දා ගැලිම  |  |  |  |
| පෙනුම අඞු විම රතූ විම හෝ වේදනා කාරි බව  |  |  |  |
| රතූ විම හෝ වේදනා කාරි බව  |  |  |  |
| කණ් | අපැහැදිලි ශ‍්‍රවනය  |  |  |  |
| කන් වල නාදයන් |  |  |  |
| නාසය  | නිතරම ලේ ගැලිම  |  |  |  |
| නාසය බර ගතිය |  |  |  |
| අපිරිසිදු ගදක් වහනය විම |  |  |  |
| කට  | ලේ ගලන විදුරු මස් හෝ තූවාල |  |  |  |
| රස වින්දනය අඩු විම |  |  |  |
| ජීර්ණය  | බඩෙ අනින්නාක් බදු වේදනාය |  |  |  |
| කටේ ලේ රස දැනිම මල බද්ධය |  |  |  |
| මල |  |  |  |
| හෘද හා පරිවෘත්තිය | වැඩ කරන විට ක්ලාන්තය  |  |  |  |
| වැඩ කරන විට කැස්ස/ හුස්ම ගැනිම අපහසු බව  |  |  |  |
| පපුවේ වේදනාව |  |  |  |
| අවදි වෙන විට කැස්ස හෝ සෙම පිට විම |  |  |  |
| නිවාඞුු වෙන් පසු වැඩට යන විට කැස්ස  |  |  |  |
| කශේරුව හා ගාත‍්‍රා | පාද , අත් හා උරහිස් වේදනාව  |  |  |  |
| අත් පා වෙව්ලිම  |  |  |  |
| ශිතල වු විට ඇගිලි සුදුමැලිවිම |  |  |  |
| කශේරුව වේදනාය |  |  |  |
|  |  |  |  |
| මානසික / ස්නායුක   | හිසරදය  |  |  |  |
| කැරකැවිල්ල  |  |  |  |
| මතකය අඞු බව / අමතකවිම  |  |  |  |
| කනස්සල්ල / අසහනකාරි බව  |  |  |  |
| හිස බර ගතිය හෝ හිරි වැටිම  |  |  |  |
| මනස ව්‍යාකූල බව  |  |  |  |
| මුත‍්‍ර / ලිංගික  | මුත‍්‍රා කිරිමේ අපහසුව  |  |  |  |
| සිරුර ඉදිමීම  |  |  |  |
| ඔසප් චක‍්‍රය අක‍්‍රමවත්  |  |  |  |
| ගබ්සා විම  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ඔබට වෙනත් රෝගා බාධ ඇත්නම් ඒවා වගූවට ඇතූලත් කරන්න  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **\* ඔබ වැඩ කරන විට යම් දිනක සෞඛ්‍ය ගැටලුවකට මුහුන දුන්නාද ?**
 | **□ ඔව්** | **□ නැහැ**  |
| * **\* වැඩ වලදි භාවිතා කරන ද්‍රව්‍ය නිසා ඔබට අසනිප වෙතැයි ඔබ සිතනවාද ?**
 | **□ ඔව්** | **□ නැහැ**  |

|  |  |
| --- | --- |
| වෛද්‍ය වරයාගේ අදහස් |  |