



## අපහසුතාද ඩේලිසර්වගලිංග සින්ඩ්‍රෝමය නිසරසිකයි

නමක් කඟ්නෙඹී \_\_\_\_\_ නේටෝලේ \_\_\_\_\_ දින

\_\_\_\_\_ හි උපත පදිංචිකරු a \_\_\_\_\_ ටෙලිෆෝන් \_\_\_\_\_

			ස්කෝර්	
1	පසුගිය වසර 2කට පෙර ඔබේ පවුලේ/සහ ජීවත් වූ කිසිවකුට ක්ෂය රෝගය වළඳී තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	2	
2	පසුගිය වසර දෙක තුළ ඔබ ක්ෂය රෝග රෝගීන් සමඟ සම්ප්‍රසාරණය වී ඇති බවට සම්බන්ධතාවයක් වන්නේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	3	
3	ඔබ කවදාහෝ ක්ෂය රෝගය හඳුනාගෙන තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	3	
4	ඔබ දැනට ක්ෂය රෝගය සඳහා ප්‍රතිකර්ම ලබනවාද නැතහොත් ඔබ යුක්ටරියෝස් පිටවන විට එය ගන්නේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	4	
5	ඔබට අවම වශයෙන් සති 2 ක් කැස්සක් තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	3	
6	ඔබට අවම වශයෙන් සතියක්වත් උණ වළඳී තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	2	
7	ඔබට රක්තී දහඩිය තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	1	
8	පසුගිය මස තුන තුළ ඔබ බර අඩු කර තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	1	
9	ඔබට පපුවේ වේදනාවක් තිබේද?	ඔව් <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/>	2	
		මුළු		