

**MODIFIED COPCORD BHIGWAN QUESTIONNAIRE-PROLIFE RISK STUDY  
STAGE I - PHASE I**

ID NO: \_\_\_\_\_ PROLIFE CODE \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

നിർദ്ദേശങ്ങൾ : ശരിയായ ഉത്തരങ്ങൾക്കെതിരെ (✓) മാർക്ക് ചെയ്യുക. ചില ചോദ്യങ്ങൾക്ക് ഒന്നിലേറെ ശരിയുത്തരങ്ങൾ ഉണ്ടാകാം.

**1. വ്യക്തിപരമായ വിവരങ്ങൾ**

പേര് : \_\_\_\_\_  
 വയസ്സ് :  പുരുഷൻ  സ്ത്രീ  സസ്യഭുക്ക്  മാംസ്യഭുക്ക്  
 കുടുംബാംഗങ്ങൾ എത്ര പേർ : \_\_\_\_\_  
 സാമൂഹിക സാമ്പത്തിക നിലവാരം (Prolife register-ൽ ഉള്ളത്) \_\_\_\_\_  
 മേൽവിലാസം : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ഫോൺ : \_\_\_\_\_

2. മതം :  ഹിന്ദു  മുസ്ലിം  ക്രിസ്ത്യാനി  മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) : \_\_\_\_\_

3. വൈവാഹിക സ്ഥിതി:  അവിവാഹിത/ൻ  വിവാഹിത/ൻ  വിവാഹബന്ധം വേർപെടുത്തി  വേറിട്ടു താമസം

4. സാക്ഷരത :  വായിക്കാൻ സാധിക്കും  എഴുത്തും വായനയും അറിയാം  നിരക്ഷരൻ

5. വിദ്യാഭ്യാസം :  ഇല്ല  < 5 വർഷം  5 - 10 വർഷം  10+2  ഡിഗ്രി  പി.ജി

6. ശീലങ്ങൾ : a)  മുൻകാലങ്ങളിൽ -  പുകവലി \_\_\_\_\_ (വർഷം)  പുകയില \_\_\_\_\_ (വർഷം)  
 മദ്യപാനം \_\_\_\_\_ (വർഷം)  ലഹരി മരുന്നുകൾ \_\_\_\_\_ (വർഷം)  
 മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) \_\_\_\_\_ നിർത്തിയത് എന്ന് \_\_\_\_\_  
 b)  നിലവിലുള്ളവ  പുകവലി \_\_\_\_\_ (ഒരു ദിവസം എത്ര കവർ) \_\_\_\_\_ (വർഷം)  
 പുകയില \_\_\_\_\_ (വർഷം)  മദ്യപാനം \_\_\_\_\_ (ദിവസം എത്ര ml) \_\_\_\_\_ (വർഷം)  
 ലഹരി മരുന്നുകൾ \_\_\_\_\_ (വർഷം)  മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) \_\_\_\_\_

7. ഇപ്പോഴുള്ള തൊഴിൽ:  വിദ്യാർത്ഥി  കൃഷിപ്പണി  സേവനം - ഓഫീസ് ജോലി  
 സേവനം - പുറത്ത് ഇറങ്ങിയുള്ള ജോലി  ഹെൻഷൻപറ്റി  കട / ബിസിനസ്സ്  വീട്ട് ജോലി  
 പ്രോഫഷണൽ (വ്യക്തമാക്കുക) \_\_\_\_\_  തൊഴിൽ ഇല്ല  പട്ടാളത്തിൽ  ഗൾഫിൽ നിന്ന് തിരിച്ചുവന്നു.  
 മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) \_\_\_\_\_

8. തൊഴിലിന്റെ രീതി :  ലഘുവായ അദ്ധ്വാനം  ഇടത്തരം അദ്ധ്വാനം  കഠിനമായ ശാരീരിക അദ്ധ്വാനം

9. a) ഏതെങ്കിലും രോഗം വന്നതുകൊണ്ട് ജോലി നിർത്തേണ്ടി വന്നിട്ടുണ്ടോ?  ഉണ്ട്  ഇല്ല  
 ഉണ്ടെങ്കിൽ ഏന്തായിരുന്നു രോഗം? \_\_\_\_\_ എന്ന് നിർത്തി? \_\_\_\_\_  
 b) ഏതെങ്കിലും രോഗ കാരണങ്ങളാൽ ജോലി മാറേണ്ടിവന്നിട്ടുണ്ടോ?  ഉണ്ട്  ഇല്ല  
 ഉണ്ടെങ്കിൽ ഏന്തായിരുന്നു രോഗം? \_\_\_\_\_ തൊഴിൽ മാറ്റിയതെന്ന്? \_\_\_\_\_

10. കുടുംബത്തിന്റെ മാസ വരുമാനം? \_\_\_\_\_

11. സ്ഥായി രോഗങ്ങൾ

	ഒരാഴ്ചയ്ക്കു മുൻപുള്ളവ		ഒരാഴ്ചയ്ക്കുള്ളിൽ ഉള്ളവ	
	എന്ന് തുടങ്ങി	എത്ര കാലം	എന്ന് തുടങ്ങി	എത്ര ദിവസം
<input type="checkbox"/> ശരീരത്തിലുള്ള വേദന				
<input type="checkbox"/> സന്ധിവേദന				
<input type="checkbox"/> മുറിവ്/ചതവ്				
<input type="checkbox"/> ഉയർന്ന രക്തസമ്മർദ്ദം				
<input type="checkbox"/> പ്രമേഹം				
<input type="checkbox"/> ഹൃദയ ധമനീ രോഗം				
<input type="checkbox"/> ചികുസ്യ ഗുണിയ പനി				
<input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കുക) _____				

മറ്റൊന്നെങ്കിലും കുറിപ്പ് \_\_\_\_\_

വിവരം ശേഖരിച്ച ആളിന്റെ പേര് \_\_\_\_\_

