

रातको पालो- अनाबरण मूल्यांकन

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

*तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

यदि यो परीक्षण नियुक्ती हुनु अधिको हो भने, कृपया तपाईंको हालको कार्यस्थलमा भएको राती पालो पर्ने कामको आधारमा फारम भर्नुहोस् । यदि तपाईंले रातीको पालोमा कहिल्यै काम गर्नुभएको छैन भने, कृपया तपाईं भविष्यमा जुन रातीको पालो पर्ने काममा संलग्न हुनुहुनेछ त्यसको राम्रो ज्ञानको आधारमा प्रतिक्रिया दिनुहोस् ।

(कुनै व्यक्ति अनियमित रातीको पालोको कारण विशेष शारीरिक परीक्षणमा रहेको छ वा छैन भन्ने शर्तमा यदि अनिश्चित छ भने, नियुक्ति हुनु अघि शारीरिक परीक्षण गर्न आवश्यक हुने छैन । यदि ६ महिनापछि रातीको पालोको काम हानीकारक मानिन्छ भने, नियुक्तिपछि शारीरिक परीक्षण गरिनेछ ।)

१. राती पालो पर्ने कामको पालोमा तपाईं कति बर्ष काम गर्नुभयो?

☐ ५ बर्ष भन्दा कम ☐ ५-९ बर्ष ☐ १०-१४ बर्ष ☐ १५-१९ बर्ष ☐ २० बर्ष वा सो भन्दा बढी ☐ लागु हुदैन।

२. अहिलेको तपाईंले गरेको पेशामा कामको व्यवस्थापन संकेत गर्नुहोस्।

☐ ३ पालो ☐ २ पालो ☐ १ दिन बिराएर (२४-घण्टा) ☐ रातीको पालो मात्र ☐ अन्य (अनियमित आदि)

३ के तपाईंको कामको पालो नियमित रुपमा आउँछ?

☐ हो (३-१ मा जानुहोस्) ☐ होईन (४ मा जानुहोस्)

३-१. के तपाईंको कामको पालो बिहानी पालो → साँझको पालो → रातीको पालो गरी आउँछ?

☐ हो ☐ होईन

४. काममा सकिनु र काममा फिर्ता जानु बीचमा कति घण्टा समय हुन्छ?

☐ ११ घण्टा भन्दा बढी ☐ ११ घण्टा भन्दा कम

५. औषतमा विगत बर्षमा कतिदिन लगातार रातीको पालोमा काम गर्नुभयो?

☐ रातीको पालोमा लगातार दिन काम गरेको छैन ☐ २ दिन ☐ ३ दिन ☐ ४ दिन ☐ ५ दिन वा बढी

६. दिनको पालोको तुलनामा रातीको पालोको कामको चाप र आराम गर्ने समय कस्तो हुन्छ?

१) कामको चाप: दिनको पालोको तुलनामा ☐ उस्तै ☐ कम ☐ धेरै

२) आराम गर्ने समय: दिनको पालोको तुलनामा ☐ उस्तै ☐ कम ☐ धेरै

७. रातीको पालोमा तपाईं एकलै काम गर्नुहुन्छ?

☐ हो ☐ होइन

८. रातीको पालोमा तलका कामहरूमा अनुमती दिईन्छ?

रातीको पालोको समयमा सुत्ने	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
आराम गर्ने स्थान	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
खाना/खाजा समय	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
रातीको कार्यतालीका समायोजन गर्ने	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन

९. औषतमा एक हप्तामा कति घण्टा काम गर्नुहुन्छ?

☐ ४० घण्टा भन्दा कम ☐ ४० घण्टा ☐ ४१-५१ घण्टा ☐ ५२-५९ घण्टा ☐ ६० घण्टा वा बढी

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (अनिद्रा सूचांक)

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१-३ कृपया विगतका २ हप्ताका तलका समस्याहरूको तीव्रतालाई संकेत गर्नुहोस्।					
	कुनै पनि छैन	कम	मध्यम	उच्च	धेरै उच्च
१. निद्रा पर्न समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. राम्रो सँग सुत्न समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. उठ्नलाई समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

४. तपाईं सुताईको प्रतिमानबाट तपाईं कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?

☐ धेरै सन्तुष्ट ☐ संतुष्ट ☐ औषत ☐ असन्तुष्ट ☐ धेरै असन्तुष्ट

५. दिनको समयमा तपाईंको निद्राको गडबडीले क्रियाकलापहरूमा कतिको असर परेको ठान्नुहुन्छ?

(दिनको समयमा थकान हुने, घरमा वा कार्यालयमा काम गर्दाको क्षमता, ध्यान, स्मृती, मनस्थीति)

☐ पटककै होइन ☐ अलिकति ☐ केहि हद सम्म ☐ एकदम ☐ एकदमै धेरै

६. के मानिहरूले तपाईंको निद्राको समस्याको कारणले तपाईंको जीवनको गुणस्तर खस्कीराखेको छ भन्छन्?

☐ पटककै होइन ☐ अलिकति ☐ केहि हद सम्म ☐ एकदम ☐ एकदमै धेरै

७. तपाईंको हालको निद्राको समस्या सम्बन्धमा तपाईं कतिको चिन्तित हुनुहुन्छ?

☐ पटककै होइन ☐ अलिकति ☐ केहि हद सम्म ☐ एकदम ☐ एकदमै धेरै

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (दिउँसोको तन्द्रा)

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

	पटकै निद्रा लाग्दैन	हल्ला निद्रा लाग्छ	निद्रा लाग्छ	धेरै निद्रा लाग्छ
१. बसिराखेको र पढिरेखेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. टेलिभिजन हेरिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. कुनै सार्वजनिक स्थान जस्तै नाट्यशालामा स्थीर बसेको बेला वा बैठकको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. करिब एक घण्टाको लागि ट्याक्सी चढीरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. मध्याह्नको आराममा सजिलोसँग पल्टिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. बसेको र कसैसँग कुराकानी गरिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. दिउँसोको खानापछि शान्तसँग बसेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. सवारी चलाईरहेको र ट्राफिक जाममा केही मिनेट रोकिएको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (निद्राको गणस्तर)

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१-४. कृपया विगतको महिनामा रातीको पालोमा निदाउने सम्बन्धाका तलका प्रश्नहरूमा प्रतिक्रिया दिनुहोस्

१. तपाईं सुत्नकोलागि विस्तरामा कति बेला जानुहुन्छ ? () घण्टा । () मिनेट ।
२. तपाईंलाई निदाउन कति समय लाग्छ? () घण्टा । () मिनेट ।
३. कतिबेला उठ्नुहुन्छ? () घण्टा । () मिनेट ।
४. वास्तवमा तपाईं कति घण्टा निदाउनुहुन्छ? () घण्टा । () मिनेट ।

५. तलका कारणहरूले तपाईंलाई निदाउनमा कति पटक समस्या परेको छ?

	कुनै छैन	हप्तामा एक पटक भन्दा कम	हप्तामा १-२ पटक	हप्तामा ३ पटक वा बढी
३० मिनेट भित्र निदाउन सकिएन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मध्य निद्रामा ब्युझिए	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शौचालय जानको लागि ब्युझिने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पल्टेको समयमा श्वासप्रश्वासमा कठिनाई हुने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ठूलो स्वरले घुम्ने वा खोकेको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एकदमै जाडो महशुस भएर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एकदमै गर्मी महशुस भएर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दुःस्वप्न वा खराब सपनाको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दुखाईको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य कारणहरू ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

६. विगत महिनाको तपाईंको निद्राको गुणस्तरलाई कसरी नाप्नुहुन्छ?

- ☐ एकदमै राम्रो ☐ समग्रमा राम्रो ☐ समग्रमा नराम्रो ☐ धेरै नराम्रो

७. विगत महिनामा निदाउनको लागि कति पटक औषधी (निद्रालाग्ने औषधी) लिनुभयो?

- ☐ कुनै छैन ☐ हप्तामा एक पटक भन्दा कम ☐ हप्तामा १-२ पटक ☐ हप्तामा ३ पटक वा बढी

८. विगत महिनामा तपाईं सवारी चलाउदा वा खाना खादा वा अन्य कुनै सामाजिक कार्यमा व्यस्त हुँदा जागा रहनको लागि संघर्ष कतिपटक गर्नुपरेको छ?

- ☐ कुनै छैन ☐ हप्तामा एक पटक भन्दा कम ☐ हप्तामा १-२ पटक ☐ हप्तामा ३ पटक वा बढी

९. विगतमा काम सम्पन्न गर्नको लागि तपाईंलाई कतिको अठ्यारो परेको छ?

- ☐ कुनै पनि छैन ☐ अठ्यारो छैन ☐ हल्का अठ्यारो ☐ एकदमै अठ्यारो

रातीको पालो- गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल रोगहरु

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

*तलका प्रश्नहरु पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

<p>१. विगत तीन महिनामा, तपाईं एक खाना खाईसकेपछि कतिको अपच असुविधाजनक महशुस गर्नुभएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> पटकै छैन <input type="checkbox"/> महिनामा एक पटक भन्दा कम <input type="checkbox"/> एक महिनामा एक दिन <input type="checkbox"/> एक महिनामा २-३ दिन</p> <p><input type="checkbox"/> हप्तामा एक पटक <input type="checkbox"/> दिनमा दुई पटक <input type="checkbox"/> लगभग प्रत्येक दिन</p> <p>२. खाना खाएपछि अपच (असुविधाजनक) महशुस के तपाईंले छ महिना अगाडि गर्नुभएको हो?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p> <p>३. विगत ३ महिनामा एक पूर्ण खाना सक्न तपाईं कति असक्षम हुनुभएको छ?</p> <p><input type="checkbox"/> पटकै छैन <input type="checkbox"/> महिनामा एक पटक भन्दा कम <input type="checkbox"/> एक महिनामा एक दिन <input type="checkbox"/> एक महिनामा २-३ दिन</p> <p><input type="checkbox"/> हप्तामा एक पटक <input type="checkbox"/> दिनमा दुई पटक <input type="checkbox"/> लगभग प्रत्येक दिन</p> <p>४. के एक पूर्ण खाना सक्न असक्षम हुने लक्षणहरु छ महिना भन्दा अगाडि शुरु भएका हुन?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p> <p>५. विगत ३ महिनामा पेटको मध्य भागमा दुखेको वा पोलेको महशुस कतिको भएको छ? (छाती होईन, तर पेटको माथिल्लो भाग)</p> <p><input type="checkbox"/> पटकै छैन <input type="checkbox"/> महिनामा एक पटक भन्दा कम <input type="checkbox"/> एक महिनामा एक दिन <input type="checkbox"/> एक महिनामा २-३ दिन</p> <p><input type="checkbox"/> हप्तामा एक पटक <input type="checkbox"/> दिनमा दुई पटक <input type="checkbox"/> लगभग प्रत्येक दिन</p> <p>६. के पेटको दुखे वा पोल्ने लक्षणहरु छ महिना अगाडिबाट शुरु भएका हुन?</p> <p><input type="checkbox"/> छैन <input type="checkbox"/> छ</p>
--

रातीको पालो-स्तन क्यान्सर

कम्पनी:

नाम:

* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. दक्षिण कोरियामा स्तन क्यान्सरको लागि सिफारिस गरिएको स्क्रिनिङ चक्र निम्नानुसार रहेको छ । के तपाईंले अहिलेसम्म आफ्नो उमेरका लागि उपयुक्त हुने स्क्रिनिङ परीक्षणहरू प्राप्त गर्नुभएको छ?

- ३० वर्ष र सोभन्दा बढी उमेर: प्रत्येक महिना स्वयं-परीक्षण
- ३५ वर्ष र सोभन्दा बढी उमेर: प्रत्येक २ वर्षमा डाक्टरद्वारा मेडिकल जाँच
- ३० वर्ष र सोभन्दा बढी उमेर: प्रत्येक १ देखि २ वर्षमा डाक्टरद्वारा मेडिकल जाँच र म्यामोग्राफी (एक्स-रे को प्रविधिद्वारा स्तनको ट्यूमर पता लगाउने र निदान गर्ने तरिका)

- लगभग कहिल्यै गरिन
- मैले यो केही पटक प्राप्त गरेको छु ।
- मैले लगभग हरेक पटक गर्ने ।

२. कृपया तपाईंका हालका सबै लक्षणहरू संकेत गर्नुहोस् ।

- ☐ मेरो स्तनमा गाँठा महशुस गर्दछु ।
- ☐ निप्पलमा एउटा श्राव छ ।
- ☐ मरो निप्पल माथि खुरीएको र धँसा गएको छ ।
- ☐ कुनै लक्षण छैन ।

३. के गत बर्ष तपाईंले स्तनको एक्सरे वा सोनोग्राम गराउनुभएको छ?

- ☐ छैन ☐ छ