

কোরিয়ান সোসাইটি পেশাগত এবং পরিবেশ গত ঔষধ, বিশেষ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, সংশোধিত প্রকাশ

কোম্পানীঃ

নামঃ

※ চিকিৎসাগত ইতিহাসের ওপর প্রশ্নসমূহ (রোগীর ইতিহাস, পারিবারিক ইতিহাস)

※ দয়া করে নিচের প্রশ্নগুলি পড়ুন এবং বর্তমান অবস্থার জন্য [O] দ্বারা নির্দেশ করুন।

1. আপনাকে কি আগে পরীক্ষা করা হয়েছে, নাকি নিম্নলিখিত কোন একটি রোগের জন্য বর্তমানে আপনি চিকিৎসাধীন রয়েছেন?

অসুস্থতা	সন্ম্যাস রোগ বা ষ্ট্রোক	হৃদরোগ (মায়োকার্ডিয়াল ইনফ্রাকশন/অ্যানজিনা পেঙ্ক্টোরিস)	উচ্চ রক্তচাপ	মধুমেহ রোগ বা ডায়াবেটিস	ডাইম্পিডেমিয়া	যক্ষ্মা	অন্যান্য (ক্যান্সার সহ)
রোগ পরীক্ষন							
ঔষধ চিকিৎসা							

2. আপনার পিতামাতা, ভাই বা বোনের কেউ কি নিম্নোক্ত রোগে মারা গেছেন?

অসুস্থতা	সন্ম্যাস রোগ বা ষ্ট্রোক	হৃদরোগ (মায়োকার্ডিয়াল ইনফ্রাকশন/অ্যানজিনা পেঙ্ক্টোরিস)	উচ্চ রক্তচাপ	মধুমেহ রোগ বা ডায়াবেটিস	অন্যান্য (ক্যান্সার সহ)
হ্যাঁ					

3. আপনি কি হেপাটাইটিস B ভাইরাসের বাহক (ক্যারিয়ার) ① হ্যাঁ ② না ③ জানি না

※ ধূমপান

4. দয়াকরে নিম্নোক্ত বিকল্পগুলি পড়ুন এবং আপনার বর্তমান অবস্থার বর্ণনা দিন।

4-1. আপনার সমগ্র জীবনসীমায়, আপনি কি পাঁচ প্যাকেট (100 টি)-এর বেশী সিগারেট খেয়েছেন?

- ① না (☞ 5 নং প্রশ্নে যান)
 ② হ্যাঁ কিন্তু এখন ছেড়ে দিয়েছি (☞ 4-2 নং প্রশ্নে যান)
 ③ হ্যাঁ কিন্তু এখনও ধূমপান করি (☞ 4-3 নং প্রশ্নে যান)

4-2. যদি আপনি অতীতে ধূমপান করে থাকেন এবং এখন ছেড়ে দিয়ে থাকেন

ছেড়ে দেবার আগে আপনি কত বছর ধূমপান করেছেন?	মোট _____ বছর
ছেড়ে দেবার আগে, দিনে আপনি কতগুলি সিগারেট খেতেন?	_____ সিগারেট

4-3. যদি আপনি এখনো ধূমপান করে থাকেনঃ

আপনি কত বছর ধরে ধূমপান করছেন?	মোট _____ বছর
দিনে গড়ে আপনি কতগুলি সিগারেট খান?	_____ সিগারেট

※ মদ্য বা অ্যালকোহল

5. দয়াকরে নিম্নোক্ত বিকল্পগুলি পড়ুন এবং আপনার বর্তমান অবস্থার বর্ণনা দিন।

5-1. প্রতি সপ্তাহে আপনি কতবার করে মদ্যপান করেন?

- 0 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7

5-2. যখন আপনি পান করেন, তখন একদিনে কতটা পান করেন? (* সমস্ত ধরনের মদ্য বা অ্যালকোহল ব্যতিরেকে) (গ্লাস)

* শারীরিক ক্রিয়াকলাপ (ব্যায়াম)

6. দয়া করে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলি পড়ুন এবং গত সপ্তাহে আপনি কোন ক্রিয়াকলাপগুলি সম্পন্ন করেছেন তা বোঝাতে '✓' চিহ্ন দিন।

6-1. গত সপ্তাহে আপনি কতদিন অত্যন্তভাবে শারীরিক ক্রিয়াকলাপ করেছেন, যাতে আপনাকে 20 মিনিটের বেশী সময় ধরে সাধারণের চেয়ে আরও গভীরভাবে শ্বাসপ্রশ্বাস নিতে হয়েছে (যেমন দৌড়ানো, বায়ুকলানুশীলন (অ্যারোবিব্ল), দ্রুত সাইকেল চালনা, দীর্ঘ ভ্রমণ ইত্যাদি)?

0 1 2 3 4 5 6 7

6-2. গত সপ্তাহে আপনি কতদিন মধ্যম-মানের শারীরিক ক্রিয়াকলাপ করেছেন, যাতে আপনাকে 30 মিনিটের বেশী সময় ধরে সাধারণের চেয়ে একটু গভীরভাবে শ্বাসপ্রশ্বাস নিতে হয়েছে (যেমন দ্রুতপায়ে হাঁটা, দুজনে মিলে টেনিস খেলা, সাধারণ গতিতা সাইকেল চালনা করা, মুখ নামিয়ে মেঝে মোছা)?

* 6-1 এর সম্পর্কিত শারীরিক ক্রিয়াকলাপকে বাদ দিয়ে

0 1 2 3 4 5 6 7

6-3. গত সপ্তাহে আপনি কতদিন 30 মিনিটের বেশী সময় ধরে হেঁটেছেন এবং প্রতি স্কেপে কমপক্ষে 10 মিনিট করে হেঁটেছেন (যেমন হালকা ব্যায়াম, কর্মক্ষেত্রে যাওয়া বা সেখান থেকে ফিরে আসা, অথবা বিনোদনের জন্য)

* 6-1 এবং 6-2 এর সম্পর্কিত শারীরিক ক্রিয়াকলাপকে বাদ দিয়ে

0 1 2 3 4 5 6 7

* নির্দিষ্ট অঙ্গসমূহের উপসর্গ সম্পর্কে প্রশ্নমালা

7. গত ছয়মাসে আপনি কি কি উপসর্গ দেখতে পেয়েছেন দয়া করে উত্তর দিন।

শরীরের অংশ	উপসর্গ	তীব্রতা		
		উচ্চমাত্রায়	মাঝারি মাত্রায়	কিছুই না
সাধারণ	ক্ষুধামন্দা এবং ওজন হ্রাস			
	প্রায়শঃই ক্লান্তি অনুভব করছি			
	শরীরে মাংসপিণ্ড অনুভূত হয়েছে			
ত্বক	চুলকানির অনুভূতি বা প্রদাহ			
	ত্বকে ফুঁসকুড়ি বা র্যাশ			
	চুলে, হাতের নখে বা পায়ের নখে পরিবর্তন			
	ত্বক খসখসে হয়ে গেছে এবং ফাটল ধরেছে			
চোখ	চোখে অস্বস্তি অনুভূত হয় এবং প্রায়ই জল পড়ে			
	দৃষ্টিশক্তি হ্রাস পাচ্ছে			
	চোখ রক্তিম হয়ে গেছে বা আঘাতপ্রাপ্ত হয়েছে			
কান	ঠিকমত শুনতে পারি না			
	কানে প্রতিধ্বনি হতে থাকে			
নাক	মাঝে মাঝে নাকে রক্তপাত হয়			
	নাক থেকে শ্লেষ্মা গড়াতে থাকে বা নাক বন্ধ হয়ে থাকে			
	স্রাব নিতে অসুবিধা হয়			
মুখ	রক্তাক্ত মাড়ি বা ক্ষয়জনিত ক্ষত			
	স্বাদগ্রহণে অসুবিধা			

শরীরের অংশ	উপসর্গ	তীব্রতা		
		উচ্চমাত্রায়	মাঝারি মাত্রায়	কিছুই না
পরিপাক ক্রিয়া	আমার পাকস্থলীতে তীব্র যন্ত্রনা অনুভব করেছি			
	মুখে ধাতব স্বাদ অনুভব করি			
	কোষ্ঠকাঠিন্য			
হৃদসংবহনতন্ত্র/শ্বাসপ্রশ্বাস	কাজ করার সময় বুক ধড়ফড় করা			
	কাজ করার সময় কাশি হওয়া বা দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাস চলতে থাকা			
	বুকে চাপ			
	যখন জেগে ওঠেন তখন কাশি বা থুতুর সঙ্গে গ্লেঙ্কা বের হয়			
	কোন ছুটির দিনের শেষে কাজে যোগদান করতে যাবার সময় কাশি হওয়া			
শিঁড়দাঁড়া/অঙ্গপ্রত্যঙ্গ	হাত, পা এবং কাঁধে যন্ত্রনা			
	হাত এবং পা কাঁপতে থাকে এবং দুর্বল			
	হাত এবং পা অবশ অনুভূত হয়			
	ঠান্ডার সময় হাতের আঙ্গুল সাদা হয়ে যায়			
	পিঠে ব্যাথা			
মানসিক/স্নায়ুতন্ত্র	মাথা যন্ত্রনা			
	মাথা বিম্বিম্ব করা			
	স্মৃতি হ্রাসপ্রাপ্ত হওয়া এবং ভুলে যাবার প্রবণতা			
	উদ্বেগ এবং অস্থিরতা			
	মাথায় অবশতা অনুভূত হয় অথবা নেশাগ্রস্ত অনুভূত হয়।			
	মনঃসংযোগে অসুবিধা			
মূত্র/প্রজনন সংক্রান্ত	প্রস্রাবে অসুবিধা			
	শরীর ফুলে ওঠা			
	অনিয়মিত রক্তস্রাব			
	কখনো গর্ভপাত ঘটেছে কি না			

যদি আপনার অন্য কোন উপসর্গ থাকে, তাহলে দয়া করে নিচের প্রদত্ত অংশে আপনি তা বর্ণনা করুন।

- * কাজ করার সময় আপনার কি কখনো স্বাস্থ্যসমস্যা (শারীরিক সমস্যা) হয়েছে? হ্যাঁ না
- * আপনার কি মনে হয় যে আপনি কাজের সময় যেসমস্ত উপাদান নিয়ে নাড়াচাড়া করেন, তা থেকেই আপনার এই স্বাস্থ্য সমস্যা হয়েছে? হ্যাঁ না

ডাক্তারের মন্তব্য	
-------------------	--

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) - প্রকাশ মূল্যায়ন

কোম্পানী:

নাম:

* অতীতে যদি আপনার কোন অসুস্থতা থেকে থাকে তাহলে তা দয়াকরে লিখুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

<p>1. রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট শিফট) সহ, কত বছর যাবৎ আপনি কার্যকালীন সময়ে (নাইট শিফট-এ) কাজ করেছেন?</p> <p><input type="checkbox"/> পাঁচ বছরের কম <input type="checkbox"/> 5-9 বছর <input type="checkbox"/> 10-14 বছর <input type="checkbox"/> 15-19 বছর <input type="checkbox"/> 20 বছর বা তার বেশী <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয়</p> <p>2. দয়া করে আপনার বর্তমান পেশাতে কর্ম ব্যবস্থাপনাসমূহের উল্লেখ করুন।</p> <p><input type="checkbox"/> 3 কার্যকাল/শিফট <input type="checkbox"/> 2 কার্যকাল/শিফট <input type="checkbox"/> প্রতি অন্য দিন (24-ঘন্টার কার্যকাল/শিফট) <input type="checkbox"/> শুধুমাত্র রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট <input type="checkbox"/> অন্যান্য (অনিয়মিত, ইত্যাদি)</p> <p>3. আপনার কার্যকাল/শিফট কি নিয়মিতভাবে পরিবর্তিত হয়?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ (প্রায় 3-1 তে যান) <input type="checkbox"/> না (প্রায় 4 তে যান)</p> <p>3-1. আপনার কার্যকাল/শিফট কি, সকালের কার্যকাল/শিফট → সন্ধ্যার কার্যকাল/শিফট → রাতের কার্যকাল/শিফট এই অনুসারে পরিবর্তিত হয়?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p> <p>4. কাজ থেকে বিশ্রাম পাবার পর থেকে পুনরায় কাজে যোগদান করা পর্যন্ত আপনি কত ঘন্টা সময় পান?</p> <p><input type="checkbox"/> 11 ঘন্টার বেশী <input type="checkbox"/> 11 ঘন্টার কম</p> <p>5. গত বছরে গড়ে কতদিন আপনি একটানা রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট-এ কাজ করেছেন?</p> <p><input type="checkbox"/> রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট-এ একটানা কাজ করিনি <input type="checkbox"/> 2 দিন <input type="checkbox"/> 3 দিন <input type="checkbox"/> 4 দিন <input type="checkbox"/> 5 দিন বা তার বেশী</p> <p>6. দিনের কার্যকাল/শিফট-এর তুলনায়, রাতের কার্যকাল/শিফট-এ কাজের চাপ এবং বিশ্রামের সময় কেমন?</p> <p>1) কাজের চাপ: দিনের কার্যকাল/শিফট-এর তুলনায় <input type="checkbox"/> একই <input type="checkbox"/> কম <input type="checkbox"/> বেশী</p> <p>2) বিশ্রামের সময়: দিনের কার্যকাল/শিফট-এর তুলনায় <input type="checkbox"/> একই <input type="checkbox"/> কম <input type="checkbox"/> বেশী</p> <p>7. রাতের কার্যকাল/শিফট-এ আপনি কি একাকী কাজ করেন</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না</p> <p>8. রাতের কার্যকাল/শিফট-এ আপনাকে কি নিম্নোক্ত বিষয়গুলি দেওয়া হয়?</p> <table border="1"> <tr> <td>রাতের কার্যকাল/শিফট-এ ঘূমানো</td> <td><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</td> <td><input type="checkbox"/> না</td> </tr> <tr> <td>বিশ্রামের ক্ষেত্র</td> <td><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</td> <td><input type="checkbox"/> না</td> </tr> <tr> <td>খাবার সময়/জলখাবারের সময়</td> <td><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</td> <td><input type="checkbox"/> না</td> </tr> <tr> <td>আপনার রাতের কার্যকাল/শিফট-এর তালিকাকে সমন্বয় করা</td> <td><input type="checkbox"/> হ্যাঁ</td> <td><input type="checkbox"/> না</td> </tr> </table> <p>9. প্রতি সপ্তাহে গড়ে আপনি কত ঘন্টা কাজ করেন?</p> <p><input type="checkbox"/> 40 ঘন্টার কম <input type="checkbox"/> 40 ঘন্টা <input type="checkbox"/> 41-51 ঘন্টা <input type="checkbox"/> 52-59 ঘন্টা <input type="checkbox"/> 60 ঘন্টা বা তার বেশী</p>	রাতের কার্যকাল/শিফট-এ ঘূমানো	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	বিশ্রামের ক্ষেত্র	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	খাবার সময়/জলখাবারের সময়	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	আপনার রাতের কার্যকাল/শিফট-এর তালিকাকে সমন্বয় করা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
রাতের কার্যকাল/শিফট-এ ঘূমানো	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না										
বিশ্রামের ক্ষেত্র	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না										
খাবার সময়/জলখাবারের সময়	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না										
আপনার রাতের কার্যকাল/শিফট-এর তালিকাকে সমন্বয় করা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না										

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) - ঘুমের সমস্যা (অনিদ্রা তালিকা)

কোম্পানী:

নাম:

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

1-3. দয়া করে গত দুই সপ্তাহ ধরে নিম্নলিখিত সমস্যাগুলির তীব্রতাকে নির্দেশ করুন।					
	প্রযোজ্য নয়	খুব কম	মধ্যম	উচ্চমাত্রায়	খুবই উচ্চমাত্রায়
1. ঘুম আসতে সমস্যা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. প্রগাঢ় ভাবে ঘুমোতে সমস্যা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. খুব সহজে ঘুম ভেঙ্গে যায়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. আপনার বর্তমান ঘুমের পরিস্থিতিতে আপনি কতটা সন্তুষ্ট?					
<input type="checkbox"/> খুবই সন্তুষ্ট <input type="checkbox"/> সন্তুষ্ট <input type="checkbox"/> সাধারণ <input type="checkbox"/> অসন্তুষ্ট <input type="checkbox"/> খুবই অসন্তুষ্ট					
5. আপনার ঘুমের অনিয়মিততা আপনার সারাদিনের কার্যকলাপে কতটা অসুবিধা সৃষ্টি করে বলে আপনার মনে হয়?					
(সারাদিন ক্লান্ত থাকা; কর্মদক্ষতা; মনোযোগ; স্মৃতি; বাড়ী বা অফিসে যখন কাজ করেন তখন মেজাজ খারাপ থাকা)					
<input type="checkbox"/> মোটেই না <input type="checkbox"/> হালকাভাবে <input type="checkbox"/> কিছুটা <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে <input type="checkbox"/> খুবই					
6. লোকে কি আপনাকে এরকম বলে যে, আপনার ঘুমের সমস্যার জন্য আপনার জীবনযাপনের মান হ্রাসপ্রাপ্ত হচ্ছে?					
<input type="checkbox"/> মোটেই না <input type="checkbox"/> হালকাভাবে <input type="checkbox"/> কিছুটা <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে <input type="checkbox"/> খুবই					
7. বর্তমান ঘুমজনিত সমস্যার জন্য আপনি কতটা চিন্তিত?					
<input type="checkbox"/> মোটেই না <input type="checkbox"/> হালকাভাবে <input type="checkbox"/> কিছুটা <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে <input type="checkbox"/> খুবই					

ৰাত্ৰিকালীন কাৰ্যকাল (নাইট-শিফট) - ঘূমেৰ সমস্যা (দিবাকালীন তন্দ্রাচ্ছন্নতা)

কোম্পানী:

নাম:

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তৰটি নিৰ্দেশ কৰুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তৰটি নিৰ্দেশ কৰুন।

	মোটেই ঘুমঘুম ভাব থাকে না	হালকাভাবে ঘুমঘুম ভাব	ঘুমঘুম ভাব	খুব ঘুম পায়
1. যখন বসে থাকেন ও পড়াশুনা করেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. যখন টেলিভিশন দেখেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. যখন মিটিং বা থিয়েটারের মত জনপূৰ্ণস্থানে চুপচাপ বসে থাকেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. যখন প্ৰায় একঘণ্টার মত বাস বা ট্যাক্সিতে চড়েন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. বিকালে বিশ্রামের সময় যখন আৰামপ্ৰদভাবে শুয়ে থাকেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. যখন বসে থাকেন ও কারো সাথে কথা বলেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. দুপূৰের খাবাৰের পর যখন শান্তভাবে বসে থাকেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. যখন গাড়ি ইত্যাদি চালান ও ট্ৰাফিকের জন্য কিছুক্ষন থামেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) - ঘুমের সমস্যা (ঘুমের প্রকৃতি)

কোম্পানী:

নাম:

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

1-4. গতমাস যাবৎ রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট-এ ঘুমের সময়কালে যে অভিজ্ঞতা হয়েছে, সে সম্পর্কে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলির উত্তর দিন।

1. কোন সময় আপনি বিছানায় গেছেন? ()ঘ. ()মি.
2. ঘুমিয়ে পড়তে আপনার কতক্ষণ সময় লেগেছে? ()ঘ. ()মি.
3. কোন সময় আপনার ঘুম ভেঙ্গেছে? ()ঘ. ()মি.
4. প্রকৃতপক্ষে আপনি মোট কত ঘন্টা ঘুমিয়েছেন? ()ঘ. ()মি.

5. নিম্নলিখিত কারণগুলির জন্য ঘুমিয়ে পড়ার ক্ষেত্রে আপনি কতবার অসুবিধার সম্মুখীন হয়েছেন?

	প্রয়োজ্য নয়	এক সপ্তাহে একবারের কম	এক সপ্তাহে 1- 2 বার	এক সপ্তাহে 3 বার
30 মিনিটের মধ্যে ঘুমিয়ে পড়তে পারেন নি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
মধ্যরাত্রে জেগে উঠেছেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিশ্রাম কক্ষে যাবার জন্য জেগে উঠেছেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
শায়িত থাকাকালীন শ্বাসপ্রশ্বাসে অসুবিধা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
খুব জোরে নাকডাকা বা কাশির জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রবল ঠান্ডার জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রবল গরমের জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
দুঃস্বপ্ন বা অপ্রীতিকর স্বপ্নের জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ব্যাথার জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ন্যান্য কারনসমূহ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. গতমাসে আপনার ঘুমের প্রকৃতিকে কিভাবে মূল্যায়ন করবেন?

- খুব ভাল সামগ্রিকভাবে ভালো সামগ্রিকভাবে খারাপ খুবই খারাপ

7. গতমাসে ঘুমানোর জন্য আপনি কতবার ঔষধের (ঘুমের সহায়তায়) সাহায্য নিয়েছেন?

- প্রয়োজ্য নয় সপ্তাহে একবারের কম সপ্তাহে 1-2 বার সপ্তাহে 3 বার বা তার বেশী

8. গতমাসে, গাড়ি ইত্যাদি চালনা করার সময় অথবা খাবার সময়, কিংবা সামাজিক ক্রিয়াকলাপে ব্যস্ত থাকার সময় জেগে থাকার জন্য কতবার প্রচেষ্টা করতে হয়েছে?

- প্রয়োজ্য নয় সপ্তাহে একবারের কম সপ্তাহে 1-2 বার সপ্তাহে 3 বার বা তার বেশী

9. গতমাসে আপনার কাজ সমাপ্ত করতে কতটা সমস্যা হয়েছে?

- একটুও না সমস্যা হয়নি সামান্য সমস্যা হয়েছে খুবই সমস্যা হয়েছে

