

## முழங்கால் என்பு மாற்று சத்திரசீகிச்சைக்குரிய படிவம்

(சத்திரசீகிச்சைக்கு வரும் போது இந்த படிவத்தை எடுத்து வரவும்)

1. பெயர்:-.....
2. பிறந்த திகதி:-.....
3. விலாசம்:-.....
4. தேசிய அடையாள அட்டை இல  
அல்லது கடவுச் சீட்டு இல:-.....
5. தொலைபேசி இலக்கம் 1.....  
2.....
6. உயரம் (செ.மீ):-.....
7. நிறை (கிலோ):-.....
8. கடந்த ஒரு மாத காலத்தில்,
  1. முழங்கால் பகுதியில் வலியை உங்களால் உணர முடிந்ததா?

<input type="checkbox"/> இல்லை	4
<input type="checkbox"/> மிகக் குறைந்தளவு	3
<input type="checkbox"/> குறைந்தளவு	2
<input type="checkbox"/> குறிப்பிடத்தக்களவு	1
<input type="checkbox"/> கடுமையான தீவிரமான	0
  2. நித்திரையின் போது இரவில் நீங்கள் முழங்கால் என்பு மூட்டு வேதனையால் அவதிப்பட்டீர்களா?

<input type="checkbox"/> இல்லை	4
<input type="checkbox"/> ஓரிரு வேளைகளில்	3
<input type="checkbox"/> சில இரவு வேளைகளில்	2
<input type="checkbox"/> பெரும்பாலான இரவுகளில்	1
<input type="checkbox"/> ஒவ்வொரு இரவிலும்	0

3. திடீரென உங்கள் முழங்கால் பகுதியில் கடுமையான கூரான பொருளினால் குத்துவது போன்ற வலியினால் நீங்கள் அவதிப்பட்டீர்களா?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> இல்லை                 | 4 |
| <input type="checkbox"/> ஓரிரு நாட்களில்       | 3 |
| <input type="checkbox"/> சில நாட்களில்         | 2 |
| <input type="checkbox"/> பெரும்பாலான நாட்களில் | 1 |
| <input type="checkbox"/> ஒவ்வொரு நாளும்        | 0 |

4. உங்கள் முழங்கால் பகுதியிலுள்ள வலியின் காரணமாக நீங்கள் நொண்டி நொண்டி நடக்க நேரிடுகின்றதா?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> மிக அருமையாக ஒரு போதும் இல்லை                         | 4 |
| <input type="checkbox"/> நடக்க ஆரம்பிக்கும் போது சில வேளைகளில் மட்டும்         | 3 |
| <input type="checkbox"/> நடக்க ஆரம்பிக்கும் போது பின் தொடர்சியாக நடக்கும் போது | 2 |
| <input type="checkbox"/> பெரும்பாலான நேரங்களில்                                | 1 |
| <input type="checkbox"/> எல்லா நேரமும்   | 0 |

5. உங்கள் முழங்கால் பகுதியில் கடுமையான வலியை உணர முன்னர் எவ்வளவு தூரத்திற்கு நோவு இன்றி உங்களால் நடக்க முடியும்?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 60 நிமிடம் அதிகம்          | 4 |
| <input type="checkbox"/> 16-60 நிமிடம்              | 3 |
| <input type="checkbox"/> 5-15 நிமிடம்               | 2 |
| <input type="checkbox"/> வீட்டில் மட்டும்           | 1 |
| <input type="checkbox"/> எல்லா நேரமும் கடுமையான வலி | 0 |

6. படிக்கட்டுகளின் மேலே உங்களால் ஏற முடியுமா?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ஆம் இலகுவாக           | 4 |
| <input type="checkbox"/> சிறிய சிரமத்துடன்     | 3 |
| <input type="checkbox"/> மிதமான வேதனையுடன்     | 2 |
| <input type="checkbox"/> கடுமையான வேதனையுடன்   | 1 |
| <input type="checkbox"/> இல்லை ஏற முடியாத நிலை | 0 |

7. உங்களால் நீங்களாகவே உடை அணிய முடியுமா?

- ஆம் இலகுவாக  
 சிறிய சிரமத்துடன்  
 மிதமான சிரமத்துடன்  
 கடுமையான சிரமத்துடன்  
 இல்லை சாத்தியமில்லை

4
3
2
1
0

8. உட்கார்ந்து உணவு உண்ட பின்னர் கதிரையில் இருந்து எழும்பும் போது உங்கள் முழங்கால் என்பின் வலியின் தன்மை?

- ஒரு போதும் வலி இல்லை  
 சிறிய வலி  
 மிதமான வலி  
 கடுமையான வலி  
 தாங்க முடியாத வலி

4
3
2
1
0

9. காரில் ஏறும் போதோ அல்லது பொது பிரயாணங்களின் போதோ வாகனங்களில் ஏறி இறங்கும் போதோ உங்கள் முழங்கால் என்பின் வலியின் தன்மை?

- ஒரு போதும் வலி இல்லை  
 சிறிய வலி  
 மிதமான வலி  
 கடுமையான வலி  
 வாகனங்களில் ஏறி இறங்குதல் சாத்தியமில்லை

4
3
2
1
0

10. உடை துவைக்கும் போதோ அல்லது இஸ்திரி போடும் போதோ நீங்கள் முழங்கால் வலியினால் அவதிப்பட்டீர்களா?

- ஒரு போதும் வலி இல்லை  
 சிறிய வலி  
 மிதமான வலி  
 கடுமையான வலி  
 உடை துவைப்பது இஸ்திரி போடுவது சாத்தியமில்லை

4
3
2
1
0

11.கடைகளுக்குச் சென்று பொருட்கள் வாங்குவது சாத்தியமா?

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ஆம் இலகுவாக          | <input type="text" value="4"/> |
| <input type="checkbox"/> சிறிய சிரமத்துடன்    | <input type="text" value="3"/> |
| <input type="checkbox"/> மிதமான சிரமத்துடன்   | <input type="text" value="2"/> |
| <input type="checkbox"/> கடுமையான சிரமத்துடன் | <input type="text" value="1"/> |
| <input type="checkbox"/> இல்லை சாத்தியமில்லை  | <input type="text" value="0"/> |

12.உங்கள் நாளாந்த கடமைகளில் ஈடுபடும் போது உங்கள் முழங்கால் வலியின் தாக்கம் என்ன?

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ஒரு தாக்கமும் இல்லை | <input type="text" value="4"/> |
| <input type="checkbox"/> சிறு தாக்கம்        | <input type="text" value="3"/> |
| <input type="checkbox"/> மிதமான தாக்கம்      | <input type="text" value="2"/> |
| <input type="checkbox"/> கடுமையான தாக்கம்    | <input type="text" value="1"/> |
| <input type="checkbox"/> மிக மிக கடினம்      | <input type="text" value="0"/> |

மொத்தம் =