PennState Health

PARENT QUESTIONNAIRE-R

प्रिय अभिभावक वा स्याहारकर्ताः अभिवावक हुनु भनेको सधैँ सजिलो हुँदैन। हामी बच्चाहरूले सुरक्षित वातावरण पाउनको लागि परिवारहरुलाई मद्दत गर्न चाहन्छौँ। त्यसैले, हामी सबै जनालाई परिवारहरूमा असर गर्न सक्ने समस्याहरुको विषयमा यी प्रश्नहरु सोधिरहेका छौँ। कुनै समस्या छ भने, हामी मद्दत गर्ने कोशिस गर्नेछौँ।
कृपया आज चेकअपमा तपाईको बच्चालाई जाँचिएको विषयमा प्रश्नको उत्तर दिनुहोस्। यो तिनीहरूमध्ये कसैमा लागू भएमा एकभन्दा बढि बच्चाहरू छन् भने कृपया "हो" जबाफ दिनुहोला। यो स्वैच्छिक हो। तपाईंले कुनै पनि प्रश्नरूको जबाफ दिन नचाहनुभएमा तपाईंले जबाफ नदिनुभए हुन्छ।

आजको मिति: ___/___/_____ बच्चाको नाम: _____

बच्चाको जन्म मिति: ___/___/_____ बच्चीसँगको सम्बन्ध: _____

कृपया चिन्ह लगाउनुहोस्

□ चाहन्छु	□ चाहँदिन	के हामीले तपाईंलाई विष नियन्त्रणको फोन नम्बर दिएको चाहनुहुन्छ?
□ चाहन्छु	□ चाहँदिन	के तपाईंलाई आफ्नो घरमा स्मोक अलार्म (धूँवा भएमा बज्ने अलार्म) चाहनुहुन्छ?
□ पिउँछु	□ पिउँदिन	के घरमा कसैले चुरोट पिउनुहुन्छ?
□ गरेँ	□ गरिँन	बितेको १२ महिनामा, के तपाईंले आफ्ना खाने कुराहरू थप किन्नु अघि नै सकिन लागेकोमा चिन्ता गर्नुभयो?
□ सकेँ	□ लाग्दैन	बितेको १२ महिनामा, तपाईंले किन्नुभएको खानेकुरा सिद्धियो र पैसा नभएर थप किन्न सक्नुभएन?
□ लाग्छ	□ होईन	के तपाईंको बच्चालाई हेर्न प्राय: मुश्किल छ भन्ने तपाईंलाई लाग्छ?
□ लाग्छ	□ लाग्दैन	के तपाईंलाई कहिलेकाहीँ आफ्नो बच्चालाई थप्पड हान्नुपर्छ वा हिर्काउनु पर्छ जस्तो लाग्छ?
□ लाग्छ	□ लाग्दैन	के तपाईंलाई तपाईंको बच्चाको लागि थप सहायता गरियोस् भन्ने लाग्छ?
□ पाउँछु	□ पाउँदिन	के तपाईंलाई प्राय: अधिक तनावमा भएको पाउनुहुन्छ?
□ गर्छु	□ गर्दिन	बितेको २ हप्ताहरूमा, के तपाईं प्राय: दुखित, चिन्तित, वा निराश महसुस गर्नुहुन्छ?
□ छ	□ छैन	बितेको २ हप्ताहरूमा, के तपाईंलाई कामहरू गर्न कम रूचि वा आनन्द महसुस गर्नुभएको छ?

बितेको ३ महिनालाई सम्झिँदा

□ गर्छु	□ गर्दिन	के तपाईं र तपाईंको साथी धेरै नै झगडा गर्नुहुन्छ?
□ छ	□ छैन	के तपाईंको साथीले तपाईंलाई के कुनै पनि प्रकारले वा शारीरिक रूपमा धम्की दिने, धक्का दिने, हिर्काउने वा लात्ति हान्ने गर्नुभएको छ?
□ छ	□ छैन	के तपाईंले एक दिनमा ४ वा सोभन्दा बढि मद्यपान गर्नुभएको छ?
□ छ	□ छैन	के तपाईंले अवैधानिक कारणले गैर कानूनी औषधी वा डाक्टरको पर्ची अनुसारको औषधी प्रयोग गर्नुभएको छ?
□ छ	□ छैन	तपाईंलाई आज सहायता चाहिएको अन्य कुराहरू: _____

कृपया यो फारम तपाईंले आज जाँची रहनुभएका डाक्टर वा नर्सलाई दिनुहोस्।
यस सूचीमा भएका कुनै पनि कुराहरू तपाईं उहाँ वा ऊनीसँग छलफल गर्न हामी सल्लाह दिन्छौँ। धन्यवाद!