

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК

Данный опросник касается состояния Вашей кожи, которое беспокоило Вас больше всего в течение последней недели.

ПРИВЕДЕННЫЕ НИЖЕ ВОПРОСЫ КАСАЮТСЯ СОСТОЯНИЯ ВАШЕЙ КОЖИ, КОТОРОЕ БЕСПОКОИЛО ВАС БОЛЬШЕ ВСЕГО В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ

Как часто в течение последней недели Вас беспокоило следующее:

Ни разу не беспокоило
↓

Постоянно беспокоило
↓

- | | □ ₀ | □ ₁ | □ ₂ | □ ₃ | □ ₄ | □ ₅ | □ ₆ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Зуд из-за состояния Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Жжение или неприятное покалывание из-за состояния Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Болезненность Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Раздражение на Вашей коже | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Стойкость / повторное появление беспокоящего Вас состояния кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Беспокойство из-за состояния Вашей кожи (например, из-за того, что оно может перейти на другие части тела, примет более тяжелое или непредсказуемое течение, оставит после себя рубцы и т.д.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Внешний вид Вашей кожи из-за ее состояния | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Отчаяние из-за состояния Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Чувство неловкости из-за состояния Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Чувство досады из-за состояния Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Чувство подавленности из-за состояния Вашей кожи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Состояние Вашей кожи влияло на Ваши отношения с окружающими (например, отношения с близкими, родными, друзьями и пр.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Состояние Вашей кожи влияло на Ваше желание проводить время с другими людьми | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Состояние Вашей кожи затрудняло проявление Вами своих чувств | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Состояние Вашей кожи влияло на Вашу повседневную деятельность | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Состояние Вашей кожи мешало Вам работать или заниматься тем, что Вам нравится | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Вы ответили на все вопросы? Да Нет

Подпись пациента: _____ Подпись врача: _____