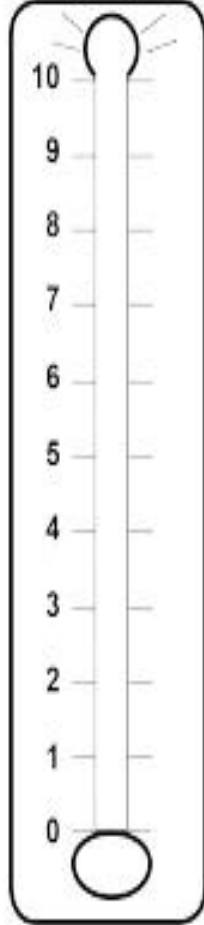


NCCN Distress Thermometer & Problem List for Patients

निर्देशन : गएको हप्ता, आज सम्म गनेर, तपाईंले गर्नु भएको तनावको अनुभवलाई तल दिइएको कुन संख्याले वर्णन गर्दछ, गोलो लगाउनु होला ।

एकदमै धेरै तनाव



केहि तनाव छैन

समस्याको सुची :

कृपया यदि निम्न मध्ये कुनै समस्याले तपाईंलाई अहिले तथा गएको हप्ता सताएको भए चिन्ह लगाउनुहोस । तल मध्ये “छ” अथवा “छैन” मध्ये एकमा चिन्ह लगाउनु होस ।

छ	छैन	व्यवहारिक समस्या	छ	छैन	शारीरिक समस्या
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	बालबच्चा स्याहार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	रुपरंग
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	घर व्यवहार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	लुगालगाई/नुहाई धुवाई
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	आर्थिक	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	शास फेर्न
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	यातायात	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	पिशाब फेर्न
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	काम/लेखपढ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	कब्जीयत
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	उपचार सम्बन्धि निर्णय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	भाडापखाला
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	खानपिन
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	जिउ गल्ने
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	जिउ सुन्नेको अनुभुती
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ज्वरो
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हिडँडुल
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	खाना पचाउने
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सम्भना/ध्यान/एकग्रता
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	मुख भित्रका घाउ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	वाकवाकी
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	नाक सुख्खा/जमेको
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	दुखाई
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	यौन सम्बन्धि
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	सुख्खा छाला/चिलाउने
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	निन्द्रा
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	दुर्वेसनी
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	हात खुट्टा भ्रमभ्रमाउने

अन्यसमस्याहरु:.....
