

# چک لیست نگران - این نگران شناسا های شما

د ناروغ نوم یا نبیان

<b>نگرانی های فامیلی</b>	<input type="checkbox"/> تنهایی یا انزوا	<input type="checkbox"/> رابطه جنسی، صمیمیت یا بارداری	<input type="checkbox"/> مشکلات تنفسی	<b>نگرانی های فیزیکی</b>
	<input type="checkbox"/> جگرخونی یا افسرده گی	<input type="checkbox"/> دیگر شر	<input type="checkbox"/> دفع ادرار	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> نا امیدی	<input type="checkbox"/> نگرانی های عملی	<input type="checkbox"/> قبضیت	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> احساس گناه	<input type="checkbox"/> مراقبت کردن از دیگران	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> تشویش، ترس یا اضطراب	<input type="checkbox"/> وظیفه یا تحصیل	<input type="checkbox"/> خوراک، اشتها یا طعم	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> استقلال	<input type="checkbox"/> پول یا دارایی	<input type="checkbox"/> سوء هاضمه	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> شریک	<input type="checkbox"/> سفر	<input type="checkbox"/> بلعیدن	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> اطفال	<input type="checkbox"/> مسکن	<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> دیگر خویشاوندان یا دوستان	<input type="checkbox"/> ترانسپورت یا پارکینگ	<input type="checkbox"/> جراحت یا خشکی دهان، یا زخم	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> شخصیکه از من مراقبت میکند	<input type="checkbox"/> حرف زدن یا فهمیده شدن	<input type="checkbox"/> حالت تهوغ یا استفراغ کردن	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> شخصیکه من از او مراقبت میکنم	<input type="checkbox"/> لباس شویی یا کار های خانه	<input type="checkbox"/> خسته، مانده یا بیزار	<input type="checkbox"/>
<b>نگرانی های معنوی یا مذهبی</b>	<input type="checkbox"/> عقیده یا روحانیت	<input type="checkbox"/> خرید مواد غذایی	<input type="checkbox"/> پُندیده گی	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> معنا یا هدف زنده گی	<input type="checkbox"/> شستن و لباس پوشیدن	<input type="checkbox"/> حرارت بالا یا تب	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> احساس مخالفت با فرهنگ، باورها یا ارزش های من	<input type="checkbox"/> تهیه کردن غذا یا نوشیدن	<input type="checkbox"/> حرکت کردن (قدم زدن)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> شیوه زنده گی یا نیاز های اطلاعات	<input type="checkbox"/> حیوانات اهلی	<input type="checkbox"/> گزگز کردن دست یا پاها	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> تمرین و فعالیت	<input type="checkbox"/> مشکل در برنامه ریزی	<input type="checkbox"/> درد یا ناراحتی	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> رژیم و تغذیه	<input type="checkbox"/> ترک سگرت	<input type="checkbox"/> سرخ شدن (به طور ناگهانی عده شدن) یا عرق کردن	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> تداوی های تکمیلی	<input type="checkbox"/> مشکلات با الکول و مواد مخدر	<input type="checkbox"/> جلد خشک، خارش دار یا زخم	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> پلان کردن برای اولویت های آینده من	<input type="checkbox"/> دوای من	<input type="checkbox"/> تغییرات در وزن	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> تنظیم وصیت نامه یا مشاوره حقوقی	<input type="checkbox"/> عدم اطمینان	<input type="checkbox"/> مراقبت از زخم	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> صحبت و سلامتی	<input type="checkbox"/> از دست دادن علاقه به فعالیت ها	<input type="checkbox"/> حافظه یا تمرکز	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> گروپ های حمایتی بیمار یا مراقب	<input type="checkbox"/> ناتوانی برای ابراز احساسات	<input type="checkbox"/> بینایی یا شنوایی	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> تنظیم کردن علایم های من	<input type="checkbox"/> فکر کردن در مورد آینده	<input type="checkbox"/> مشکلات گفتاری یا صدا	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> حفاظت از آفات	<input type="checkbox"/> پشیمانی در مورد گذشتہ عصبانیت یا نامیدی	<input type="checkbox"/> ظاهر من	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> نتهایی یا انزوا	<input type="checkbox"/> مشکلات خواب	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> من درباره تشخیص، تداوی ها یا اثرات آن سوالاتی دارم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

کلیدی کارگر

نیته

داریکی شمیر

این خودارزیابی اختیاری است. اما، به ما کمک می کند تا نگرانی هاو احساسات شما را درک کنیم. همچنین به ما در شناسایی هرگونه اطلاعات و پشتیبانی که ممکن است نیاز داشته باشید کمک می کند.

اگر مشکلات لیست شده اخیراً به شما کدام نگرانی ایجاد کرده و می خواهید درین باره با یک کارمند کلیدی صحبت کنید، لطفاً نگرانی از ۱ الی ۱۰ نمره بدهد و درینجا **۱۰** بلندترین نمره است. قادر را خالی بگذارید اگر بر شما قابل تطبیق نیست یا نمی خواهید درین باره فعلاً بحث کنید.

**کارمند کلیدی که باید تکمیل کند**

یک کاپی به مریض داده شد

یک کاپی که باید به معالج عمومی ارسال شود