

गिर जाने के बारे में चिन्ताएं

अब हम आपसे इस बारे में कुछ प्रश्न पूछना चाहेंगे कि गिर पड़ने की संभावनाओं के बारे में आप कितने चिंतित हैं। निम्नलिखित में से प्रत्येक गतिविधि के बारे में, कृपया उस गतिविधि पर निशान लगाएं, जो आपकी अपनी चिन्ता, कि यदि आप यह गतिविधि करेंगे तो गिर सकते हैं, को बहुत ही नजदीकी से दर्शाता हो। यदि आप इस समय वह गतिविधि न भी करते हों (उदाहरण के लिए, आपके लिए आपकी खरीदारी कोई और करता हो) तब भी यह दिखाने के लिए कि क्या आप यह सोचकर चिंतित हैं कि यदि आप यह गतिविधि करेंगे तो गिर पड़ेंगे, कृपया जवाब दें।

	बिलकुल चिंतित नहीं	कुछ-कुछ चिंतित	साधारणतः चिंतित	बहुत चिंतित
1. घर की सफाई (उदाहरण के लिए, झाड़ू लगाना, वैक्यूअम करना, झाड़ू-पोछ करना)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. कपड़े पहनना या उतारना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. साधारण भोजन तैयार करना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. स्नान या शॉवर लेना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. दुकान जाना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. कुर्सी पर बैठना या उससे उठना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. सीढ़ियां चढ़ना-उतरना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. पड़ोस में घूमना-फिरना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. अपने सिर के ऊपर या जमीन से कुछ उठाना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. टेलीफोन की घंटी बजने पर, घंटी रुकने से पहले उस तक पहुंचना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. फिसलन वाली सतह पर चलना (उदाहरण के लिए गीली या बर्फाली)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12. किसी मित्र या संबंधी से मिलने जाना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. भीड़-भरे स्थानों में चलना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. ऊबड़-खाबड़ सतह पर चलना (उदाहरण के लिए, पथरीली जमीन, वे रास्ते जिनकी रख-रखाव अच्छी न हो)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. ढलान पर चढ़ना या उतरना	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. किसी सामाजिक आयोजन में जाना (उदाहरण के लिए, धार्मिक सेवा, पारिवारिक सम्मेलन या क्लब की बैठक)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄