

## فهرست پرسشنامه ها

۵	بخش سیاری
۵	پرسشنامه ثبت نام - فرم A
۹	پرسشنامه ثبت غربالگری حوادث در منزل - فرم HF
۱۵	پرسشنامه ترتیبات زندگی - فرم D
۱۶	پرسشنامه محیط و محل سکونت - فرم J
۲۲	بخش عمومی
۲۲	پرسشنامه زندگی خانوادگی - فرم E
۲۷	پرسشنامه تحصیلات/ شغل - فرم HE, HO
۳۱	پرسشنامه درآمد - فرم I
۳۴	پرسشنامه بازنشستگی - فرم RET
۳۶	پرسشنامه دریافت مراقبت - فرم CAR
۴۰	پرسشنامه مراقبت از دیگران - فرم CAR
۴۲	بخش اجتماعی
۴۲	پرسشنامه حمایت اجتماعی - فرم SS
۴۴	پرسشنامه نابرابری اجتماعی - فرم SOI
۴۵	بخش بهداشت
۴۵	پرسشنامه بهداشت دهان و دندان - فرم OH
۴۸	پرسشنامه سابقه فامیلی بیماریها - فرم FH
۷۸	بخش پزشکی
۷۸	پرسشنامه سیستم قلبی عروقی-قلب (پرسشنامه "WHO Rose") - فرم Heart
۸۱	پرسشنامه هایپرلیپیدمی - فرم HL
۸۲	پرسشنامه پرفشاری خون هایپرتانسیون - فرم BP
۸۳	پرسشنامه ( معاینه قلبی) - فرم Heart
۸۵	پرسشنامه فرم معاینه ریوی - فرم Lung
۸۷	پرسشنامه سیستم تنفسی - فرم Res
۹۱	پرسشنامه ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro

- ۹۷..... پرسشنامه مشکلات ادراری ((Revised Urinary Incontinence Scale (RUIS)) - فرم RUIS
- ۹۹..... پرسشنامه علائم و نشانه های مربوط به پروستات (مردان) - فرم IPSS
- ۱۰۱..... پرسشنامه سرگیجه- فرم VR
- ۱۰۲..... پرسشنامه زندگی زناشویی - فرم SX
- ۱۰۴..... پرسشنامه سابقه سایر بیماریها- فرم DH
- ۱۲۳..... پرسشنامه سابقه مصرف داروها- فرم DU
- ۱۲۴..... پرسشنامه مصرف مکمل های خوراکی- فرم Supp

### ۱۲۵..... بخش پرستاری

- ۱۲۵..... پرسشنامه سالمند آزاری - فرم ELAB
- ۱۲۶..... پرسشنامه شکستگی استخوان- فرم Frac
- ۱۳۳..... پرسشنامه استنوپروز- فرم Osteo
- ۱۳۴..... پرسشنامه سقوط (زمین خوردن)- فرم Fall
- ۱۳۶..... پرسشنامه تعویض مفصل- فرم Joint
- ۱۳۷..... پرسشنامه سابقه جراحی- فرم Surg
- ۱۳۹..... پرسشنامه تاریخچه باروری (مختص زنان)- فرم R
- ۱۴۵..... پرسشنامه تاریخچه باروری (مختص مردان)- فرم RM
- ۱۴۶..... پرسشنامه دخانیات- فرم Smoke
- ۱۴۸..... پرسشنامه الکل- فرم Alco
- ۱۵۰..... پرسشنامه مواد مخدر- فرم Adic
- ۱۶۳..... پرسشنامه آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain
- ۱۶۷..... پرسشنامه فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC
- ۱۶۹..... پرسشنامه فشار خون نشسته- فرم BLP
- ۱۷۱..... پرسشنامه زخم بستر - فرم BED

### ۱۷۲..... بخش فن سنجی

- ۱۷۲..... پرسشنامه فعالیت های روزمره زندگی- فرم ADL
- ۱۷۴..... پرسشنامه فعالیت فیزیکی- فرم K
- ۱۷۷..... پرسشنامه فرم سنجش جسمی- فرم Anth
- ۱۷۸..... پرسشنامه فرم عملکرد های مشاهده ای- فرم Observ

۱۸۱	بخش روانشناسی
۱۸۱	پرسشنامه کیفیت زندگی - فرم SF
۱۸۴	پرسشنامه رضایت زندگی- فرم SWL
۱۸۶	پرسشنامه شاخص بهزیستی- فرم WHO
۱۸۷	پرسشنامه تنهایی- فرم LON
۱۸۸	پرسشنامه وقایع استرس زا - فرم SV
۱۹۰	پرسشنامه ارزیابی اضطراب-فرم HADS
۱۹۱	پرسشنامه افسردگی - فرم CES
۱۹۳	پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI) -The Pittsburgh Sleep Quality Index - فرم PSQI
۱۹۶	پرسشنامه خواب (Berlin Questionnaire)- فرم SB
۱۹۸	پرسشنامه خواب آلودگی (Epworth sleepiness scale)- فرم SEP
۱۹۹	پرسشنامه های ثبت آزمون روحی روانی - فرم MMSE
۲۰۳	بخش تغذیه
۲۰۳	پرسشنامه ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE
۲۰۹	پرسشنامه تست چشایی - فرم TASTE
۲۱۰	پرسشنامه بسامد خوراک: شیر و لبنیات - فرم DRY
۲۱۶	پرسشنامه بسامد خوراک: نان و غلات - فرم BRD
۲۲۳	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم ادویه جات- COND
۲۲۴	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم میوه- FRU
۲۳۶	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم حبوبات - فرم GRN
۲۳۹	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم گوشت و فرآورده های آن- MT
۲۵۱	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم متفرقه- MISC
۲۶۰	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم روغن و دانه های روغنی - OLI
۲۷۱	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم قند - SRLF
۲۷۵	پرسشنامه بسامد خوراک: فرم سبزیجات - VEG
۲۸۹	بخش بینایی سنجی
۲۸۹	پرسشنامه بینایی سنجی- فرم Eye
۲۹۴	بخش شنوایی سنجی

**ALSA**

Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



## بخش سیاری

### پرسشنامه ثبت نام - فرم A

ثبت نام- فرم A				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	موقعیت مکانی - طول جغرافیایی موقعیت مکانی - عرض جغرافیایی	فرم ثبت نام- فرم A	A1.1 A1.2	عدد
۲	کد پستی	فرم ثبت نام- فرم A	A2	عدد
۳	نام	فرم ثبت نام- فرم A	A3	متن
۴	نام خانوادگی	فرم ثبت نام- فرم A	A4	متن
۵	کد ملی	فرم ثبت نام- فرم A	A5	عدد
۶	تاریخ مصاحبه	فرم ثبت نام- فرم A	A6	عدد (روز، ماه، سال شمسی)
۷	مکان مصاحبه	فرم ثبت نام- فرم A	A7	استان:..... شهر:.....
۸	چه کسی به پرسشنامه پاسخ می دهد؟	فرم ثبت نام- فرم A	A8	۱. شرکت کننده ۲. اعضای خانواده ( به عنوان نماینده) ۳. سایر
۹	دلیل برای نماینده کامل کننده پرسشنامه نوشته شود	فرم ثبت نام- فرم A	A9	متن
۱۰	ارتباط وی (نماینده کامل کننده پرسشنامه) با مصاحبه شونده	فرم ثبت نام- فرم A	A10	متن
۱۱	اگر نماینده (همراه) در پاسخ دهی به سوالات مشارکت می کند، چه کسی بیشترین سوالات را پاسخ می دهد	فرم ثبت نام- فرم A	A11	۱. فرد شرکت کننده پاسخها را به نماینده یا همراهش می گوید ۲. نماینده یا همراه با قضاوت شخصی به سوالات پاسخ می دهد
۱۲	آیا فرد دیگری از خانواده به غیر از خود شرکت کننده در این مطالعه حضور دارد؟	فرم ثبت نام- فرم A	A12	۱. بلی ۰. خیر
۱۳	ارتباط وی (شرکت کننده در مطالعه) با مصاحبه شونده	فرم ثبت نام- فرم A	A13	متن

### مشخصات دموگرافیک - فرم C

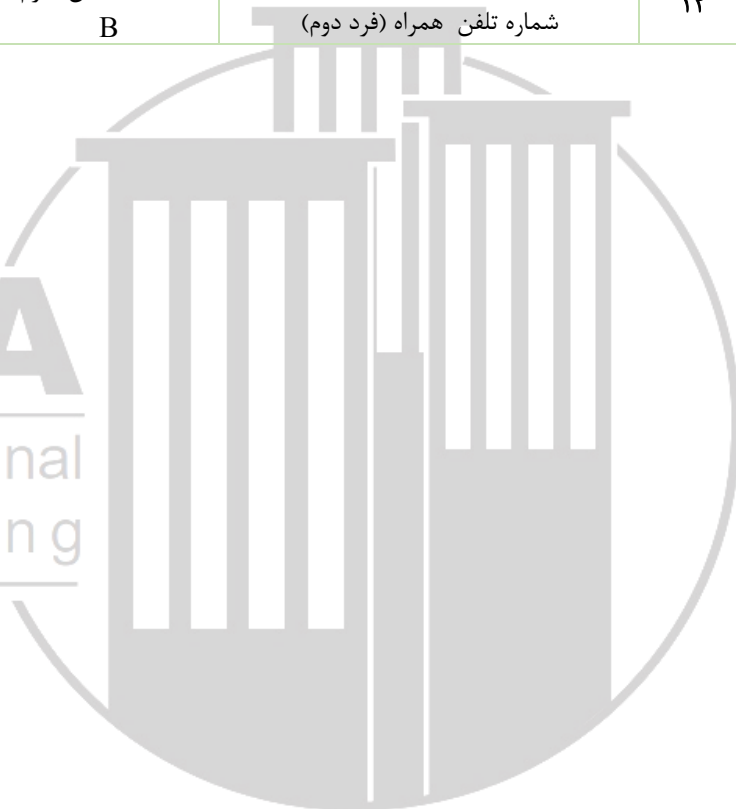
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	جنسیت	دموگرافیک- فرم C	C1	۱. زن ۲. مرد
۲	تاریخ تولد: (روز، ماه، سال شمسی)	دموگرافیک- فرم C	C2	عدد (روز، ماه، سال شمسی)
۳	شماره تلفن منزل	دموگرافیک- فرم C	C3	عدد
۴	تلفن همراه	دموگرافیک- فرم C	C4	عدد

متن(استان، شهر، بخش، روستا)	C5	دموگرافیک- فرم C	مکان تولد	۵
۱. فارس ۲. آذری ۳. بلوچ ۴. کرد ۵. لر ۶. عرب ۷. ترکمن ۸. تالش ۹. زابلی ۱۰. گیلک ۱۱. مازن ۱۲. ارمنی ۱۳. آشوری ۱۴. گرجی ۱۵. سایر	C6	دموگرافیک- فرم C	قومیت پدر	۶
۱. فارس ۲. آذری ۳. بلوچ ۴. کرد ۵. لر ۶. عرب ۷. ترکمن ۸. تالش ۹. زابلی ۱۰. گیلک ۱۱. مازن ۱۲. ارمنی ۱۳. آشوری ۱۴. گرجی ۱۵. سایر	C7	دموگرافیک- فرم C	قومیت مادر	۷
۱. فارس ۲. آذری ۳. بلوچ ۴. کرد ۵. لر ۶. عرب ۷. ترکمن ۸. تالش	C8	دموگرافیک- فرم C	شما بیشتر خودتان را جز کدام گروه قومی می‌دانید؟	۸

۹. زابلی ۱۰. گیلک ۱۱. مازن ۱۲. ارمنی ۱۳. آشوری ۱۴. گرجی ۱۵. سایر				
۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه ۵. سایر	C9	دموگرافیک- فرم C	وضعیت تأهل ازدواج کرده اید؟	۹
عدد ( سال )	C10	دموگرافیک- فرم C	سن اولین ازدواج	۱۰
عدد(سال)	C11	دموگرافیک- فرم C	اگر متاهل هستید، چند سال است که ازدواج کرده اید؟	۱۱
عدد (سال)	C12	دموگرافیک- فرم C	اگر بیوه هستید، چند سال است که بیوه شده اید؟	۱۲
عدد (سال)	C13	دموگرافیک- فرم C	اگر مطلقه هستید، چند سال است که طلاق گرفته اید؟	۱۳
عدد (سال)	C14	دموگرافیک- فرم C	چند سال با همسرتان زندگی کردید قبل از بیوه شدن/ طلاق؟	۱۴
<b>فرم اطلاعات تماس اعضای خانواده/ دوستان (فرد اول)- فرم B</b>				
توضیحات	نام متغیر در database	Source	آیتم/ سوال	ردیف
متن	B7	اطلاعات تماس- فرم B	نام: اعضای خانواده/دوستان (فرد اول)	۱
متن	B8	اطلاعات تماس- فرم B	نام خانوادگی: اعضای خانواده/دوستان (فرد اول)	۲
متن	B9	اطلاعات تماس- فرم B	ارتباط وی (فرد اول) با مصاحبه شونده	۳
متن(استان، شهر، روستا، خیابان، کوچه، پلاک، واحد)	B10-1, B10-7	اطلاعات تماس- فرم B	آدرس( فرد اول)	۴
عدد	B11	اطلاعات تماس- فرم B	شماره تلفن منزل(نفر اول)	۵
عدد	B12	اطلاعات تماس- فرم B	تلفن همراه(نفر اول)	۶
<b>فرم اطلاعات تماس اعضای خانواده/دوستان (فرد دوم)- فرم B</b>				

متن	B13	اطلاعات تماس - فرم B	نام: اعضای خانواده/دوستان (فرد دوم)	۷
متن	B14	اطلاعات تماس - فرم B	نام خانوادگی: اعضای خانواده/دوستان (فرد دوم)	۸
متن	B15	اطلاعات تماس - فرم B	ارتباط وی (فرد دوم) با مصاحبه شونده	۹
متن (استان، شهر، روستا، خیابان، کوچه، پلاک، واحد)	B16-1, B16-7	اطلاعات تماس - فرم B	آدرس (فرد دوم)	۱۰
عدد	B17	اطلاعات تماس - فرم B	شماره تلفن منزل (فرد دوم)	۱۱
عدد	B18	اطلاعات تماس - فرم B	شماره تلفن همراه (فرد دوم)	۱۲

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه ثبت غربالگری حوادث در منزل – فرم HF

ثبت غربالگری حوادث در منزل- فرم HF				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا مسیرهای عبور، عاری از سیم و طناب و بهم ریختگی های دیگر است؟	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF1	۰. خیر ۱. بلی
۲	تعریف: عدم وجود هرگونه سیم یا طناب و بهم ریختگی ها در مسیر عبور یا مدخل درب ها. این بهم ریختگی ها شامل وجود اثاثیه و اقلام دیگری می باشد که ورودی درب ها یا راهروها را مسدود می کنند، وسایل پشت در که از باز شدن کامل آنها جلوگیری می کنند. بالا بودن بیش از حد چهارچوب درب. نظرات:	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF1-1	متن
۳	آیا کف پوش ها در وضعیت مناسبی هستند؟	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF2	۰. خیر ۱. بلی
۴	تعریف: فرش ها یا پادری ها صاف یا بدون پارگی و فرسودگی یا عدم وجود ترک یا شکستگی و کنده گی در کاشی ها از جمله در پوشش پله ها. نظرات:	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF2-1	متن
۵	آیا سطوح کف بدون لغزندگی هستند؟	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF3	۰. خیر ۱. بلی
۶	تعریف: در صورتیکه علاوه بر سطوح کاشی شده و لینولئوم (نوعی کف پوش پلاستیکی) در آشپزخانه یا حمام یا رختشوی خانه، کف های صیقلی یا سطوح کاشی شده و لینولئوم در جاهای دیگری از منزل وجود دارد، گزینه خیر را انتخاب نمایید. در صورتیکه علاوه بر سایر اتاقها، آشپزخانه و حمام و رختشوی خانه سطوح غیر لغزنده یا ضدلغزش دارند گزینه بلی را انتخاب نمایید. نظرات:	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF3-1	متن
۷	آیا پوشش ها (فرش، قالیچه، موکت و پادری) به زمین محکم شده اند؟	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF4	۰. خیر ۱. بلی
۸	تعریف: پوشش ها (فرش، قالیچه، موکت و پادری) مقاومت خوبی نسبت به سرخوردگی	غربالگری حوادث در منزل- فرم HF	HF4-1	متن

			دارند یا با نوارهای ضد لغزش یا بست به زمین محکم شده اند. نظرات:	
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF5	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند به راحتی و بی خطر به تخت برود و از آن خارج شود؟	۹
متن	HF5-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: تخت خواب دارای استحکام و ارتفاع مناسب است. نیازی به وسایل کنار تخت برای بالا کشیدن روی تخت نیست. نظرات:	۱۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF6	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند به سادگی از روی صندلی راحتی بلند شود؟	۱۱
متن	HF6-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: صندلی دارای ارتفاع مناسب، دسته های صندلی قابل دسترس هستند تا شخص بتواند با تکیه بر آن ها بلند شود. بالشک های صندلی خیلی نرم یا گود نیستند. نظرات؟	۱۲
۰. خیر ۱. بلی	HF7	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا همه چراغ ها برای وضوح دید شخص به اندازه کافی روشن هستند؟	۱۳
متن	HF7-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: هیچ لامپی کمتر از ۵۷ وات نباشد. هیچ سایه ای در سرتاسر اتاق ها نیفتد. هیچ نوری بیش از اندازه زیاد نباشد. نظرات:.	۱۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF8	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند از روی تخت خود به سادگی چراغ را روشن کند؟	۱۵
متن	HF8-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: شخص مجبور نباشد برای روشن کردن لامپ از تخت خارج شود- چراغ قوه یا آباژور در کنار تخت موجود باشد نظرات:.	۱۶
۰. خیر ۱. بلی	HF9	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا مسیرهای بیرونی، پله ها و ورودی ها در شب روشنایی خوبی دارند؟	۱۷
متن	HF9-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: در بالای درب های جلویی و پشتی روشنایی وجود دارد. لامپ ها حداقل ۵۷ وات هستند. راهروهای مورد استفاده از جمله لابی ها در معرض نور قرار دارند.	۱۸

			نظرات:	
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF10	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	آیا شخص می تواند به سادگی و بی خطر روی توالت بنشیند و بلند شود؟	۱۹
متن	HF10-1	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	تعریف: توالت ارتفاع مناسبی دارد. برای برخاستن نیازی به گرفتن روشویی یا جاحوله ای یا نگهدارنده کاغذ توالت نیست. در صورت نیاز در کنار توالت ریل وجود دارد. نظرات:	۲۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF11	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	آیا می توان به سادگی و بی خطر وارد وان یا از آن خارج شد؟	۲۱
متن	HF11-1	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	تعریف: شخص می تواند بدون خطر از لبه وان بگذرد. به تنهایی پایین رفته (بنشیند و یا دراز بکشد) و دوباره بدون نیاز به گرفتن وسیله ای از وان بیرون آید. ( یا از صفحه وان یا ایستاده از دوش بالای وان بدون خطری استفاده کند) نظرات:	۲۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF12	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	آیا شخص می تواند به سادگی و بی خطر وارد محوطه دوش شده و از آن خارج شود؟	۲۳
متن	HF12-1	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	تعریف: فرد می تواند از روی لبه کف شور یا لبه اتاقک حمام عبور کند. بدون اینکه برای نگه داشتن خود مجبور به گرفتن وسیله ای باشد. نظرات:	۲۴
۰. خیر ۱. بلی	HF13	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	آیا نرده های Grab rail دستگیره یا میله ای جهت نگه داشتن برای حفظ تعادل قابل دسترس یا محکم در کنار دوش یا وان وجود دارد؟	۲۵
متن	HF13-1	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	تعریف: نرده هایی که محکم به دیوار متصل هستند. جاحوله ای نیستند و بدون خم شدن بیش از حد و از دست دادن تعادل خود بتواند آن را بگیرد..	۲۶
۰. خیر ۱. بلی	HF14	غریبالگری حوادث در منزل- فرم HF	آیا کفپوش ها یا نوارهای ضد لغزش در محوطه وان یا حمام-دستشویی یا زیر دوشی به کار رفته اند؟	۲۷

متن	HF14-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: پادری های لاستیکی ضد لغزش که به خوبی به زمین محکم شده اند. یا نوارهای ضد لغزش که محکم به کف حمام یا محوطه زیر دوش متصل شده اند. نظرات:	۲۸
۰. خیر ۱. بلی	HF15	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا توالت به اندازه کافی به اتاق خواب نزدیک است؟	۲۹
متن	HF15-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: بیش از دو درب فاصله نباشد (شامل درب خود اتاق خواب) - برای رسیدن به آن نیازی به خارج شدن از فضای سر بسته یا باز کردن درب های قفل دار نباشد. نظرات:	۳۰
۰. خیر ۱. بلی	HF16	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند به سادگی و بدون بالا رفتن، خم شدن یا از دست دادن تعادلش به وسایلی که در آشپزخانه قرار دارند و دائما مورد استفاده قرار می گیرند دسترسی پیدا کنند؟	۳۱
متن	HF16-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: ارتفاع کابینت ها بین شانه و زانو باشد. برای دسترسی به وسایل نیازی به صندلی و نردبان متحرک نباشد. نظرات:	۳۲
۰. خیر ۱. بلی	HF17	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند غذا را به سادگی و بی خطر از آشپزخانه به محل غذاخوری ببرد؟	۳۳
متن	HF17-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: غذاها را بتوان با ایمنی حمل کرد و یا با استفاده از چرخ دستی به محل غذاخوری برد. نظرات:	۳۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF18	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا پله ها یا پلکان داخل خانه نرده محکم و قابل دسترس در سرتاسر مسیر پله ها دارند؟	۳۵
متن	HF18-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: نرده ها باید به آسانی گرفته شوند. محکم ثابت شده باشند. به اندازه کافی محکم باشند و در سرتاسر پله ها یا پلکان داخل خانه در دسترس باشند. نظرات:	۳۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF19	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا پله ها یا پلکان بیرونی، نرده محکم و قابل دسترس در سرتاسر مسیرشان دارند؟	۳۷

متن	HF19-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: پله ها = بیش از دو پله متوالی (اختلاف سطح). نرده ها باید به آسانی گرفته شوند. محکم ثابت شده باشند. به اندازه کافی محکم شده باشند و در سرتاسر پله ها در دسترس باشند. نظرات:	۳۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF20	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند به سادگی و بی خطر از پله ها یا پلکان داخل و خارج منزل بالا و پایین رود؟	۳۹
متن	HF20-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: پله ها بیش از حد بلند، باریک یا بیش از حد ناهموار نیستند که نتوان محکم روی آن ها پا گذاشت (داخل و خارج)، احتمال ندارد که شخص در زمان استفاده از پله ها خسته و دچار تنگی نفس شود و هیچ عامل پزشکی برای مثال افتادگی پا، بی حسی در پا و کنترل ناقص حرکت و غیره بر ایمنی هنگام عبور از پله ها تاثیر ندارد. نظرات:	۴۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF21	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا پله ها یا پلکان در داخل و خارج خانه به سادگی قابل تشخیص هستند؟	۴۱
متن	HF21-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: نبود کفپوش طرح دار، کاشی یا نقش و نگار، که ممکن است مانع دیده شدن لبه پله ها شود. وجود نور کافی در پله ها یا پلکان. نظرات:	۴۲
۰. خیر ۱. بلی	HF22	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا شخص می تواند به سادگی و بی خطر از درب ورودی استفاده نماید؟	۴۳
متن	HF22-1	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: بتوان قفل ها و چفت ها را بدون خم شدن یا بیش از حد دست دراز کردن استفاده کند. در این محل پاگردهایی وجود دارد که فرد برای باز کردن در یا توری مجبور نباشد روی پله ها تعادل خود را حفظ کند. نظرات:	۴۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF23	غریبالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا مسیرهای اطراف خانه از نظر تعمیرات در وضعیت خوبی قرار دارند و فاقد بهم ریختگی هستند؟	۴۵

متن	HF23-1	غربالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: هیچ مسیری دارای شکاف یا لقی، چمن یا علف هرز بیش از حد بلند درخت بیش از حد آویزان نباشد. شلنگ های باغ در مسیرهها مانع ایجاد نکرده باشد. نظرات:	۴۶
۰. خیر ۱. بلی	HF24	غربالگری حوادث در منزل - فرم HF	آیا در حال حاضر شخص دمپایی یا کفشی کاملا اندازه می-پوشد؟	۴۷
متن	HF24-1	غربالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: کفش های کاملا اندازه و پاشنه کوتاه و محافظت کننده و مجهز به کف ضدلغزش. دمپایی هایی که پاره نشده اند و پا را در موقعیت خوبی نگه دارند. در حالت بدون کفش "خیر" را علامت بزنید. نظرات:	۴۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. غیر مرتبط	HF25	غربالگری حوادث در منزل - فرم HF	اگر حیوانات خانگی وجود دارند- آیا شخص می تواند بدون خم شدن یا قرار گرفتن در خطر زمین خوردن از آن ها مراقبت نماید؟	۴۹
متن	HF25-1	غربالگری حوادث در منزل - فرم HF	تعریف: حیوان خانگی = هر حیوانی که شخص نسبت به آن مسئولیت دارد. زمانی "بلی" را علامت بزنید که شخص مجبور نباشد حیوانات را در زمانی که بالا می پزند یا از زیر پا رد می شوند غذا دهد، شخص مجبور نیست برای پر کردن کاسه یا ظرف غذا خم شود یا حیوانات را تمیز کند. حیوانات نیاز به تمرین زیاد ندارند. نظرات:	۵۰

پرسشنامه ترتیبات زندگی - فرم D

ترتیبات زندگی - فرم D				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟	ترتیبات زندگی - فرم D	D1	۱. به تنهایی ۲. با فرد/ افراد دیگری زندگی می کنم
۲	اگر تنها زندگی می کنید، چند وقت است که تنها زندگی می کنید؟	ترتیبات زندگی - فرم D	D2	عدد (سال)
۳	اگر تنها زندگی نمی کنید، بیشتر زمان را با چه کسی زندگی می کنید؟	ترتیبات زندگی - فرم D	D3	۱. با همسر و فرزند / فرزندان مجرد ۲. با همسر و فرزند / فرزندان متأهل ۳. فقط با همسر ۴. بدون همسر با فرزندان مجرد ۵. بدون همسر با فرزندان مجرد ۶. با بستگان ۷. با سایرین (غیر بستگان)
۴	چه کسی از بستگان؟	ترتیبات زندگی - فرم D	D3-1	متن
۵	چه کسی از غیر بستگان؟	ترتیبات زندگی - فرم D	D3-2	متن
۶	اگر تنها زندگی نمی کنید چند نفر در حال حاضر در این خانه/خانوار زندگی می کنند.	ترتیبات زندگی - فرم D	D4	عدد (نفر)

پرسشنامه محیط و محل سکونت - فرم J

محیط و محل سکونت- فرم J				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	محل اقامت شما	محیط و محل سکونت- فرم J	J1	۱. یک خانه ویلایی است ۲. قسمتی از یک خانه است ۳. دوبلکس است ۴. پیلوت است ۵. آپارتمانی است
۲	محل اقامت شما	محیط و محل سکونت- فرم J	J2	۱. تحت مالکیت شما یا همسرتان یا هر دو است ۲. هنوز در حال پرداخت وام هستید ۳. اجاره ای است ۴. بخشی اجاره بخشی رهن ۵. اجاره رایگان ( پشتیبانی بستگان/دوستان وغیره) ۶. اجاره رایگان (پشتیبانی فرزندان/خواهر و برادر) ۷. محل اقامت به اشتراک گذاشته ۸. اجاره کم (خانه دولتی) ۹. سایر
۳	سایر محل های اقامت	محیط و محل سکونت- فرم J	J2-1	متن
۴	چه تعداد اتاق در منزل شما وجود دارد؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J3	عدد
۵	تقریباً، محل اقامت شما چند سال ساخت است؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J4	عدد
۶	اندازه خانه(به مترمربع)-به جز هریک از موارد زیر: ایوان، باغ، حیاط، پارکینگ، یا هر مکانی که حیوانات خانگی نگهداری می شوند.	محیط و محل سکونت- فرم J	J5	عدد
۷	چه مدت است که در این منزل زندگی می کنید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J6	عدد
۸	آیا شما از محله دیگری/شهر دیگری به اینجا آمده اید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J7	۰. خیر ۱. بلی
۹	در طول ۲۰ سال گذشته، اسباب کشی کرده اید؟	محیط و محل سکونت- فرم J	J8	۰. خیر ۱. بلی

عدد	J9	محیط و محل سکونت- فرم J	در صورت پاسخ مثبت در سوال قبل در طول ۲۰ سال گذشته، چند بار اسباب کشی کرده اید؟	۱۰
۱. اصلا ۲. تا حدی ۳. نسبتا ۴. بسیار ۵. خیلی زیاد	J10	محیط و محل سکونت- فرم J	در مورد منزل فعلی خودتان فکر کنید، چقدر شما آن را دوست دارید؟	۱۱
۰. خیر ۱. بلی	J11	محیط و محل سکونت- فرم J	آیا بازسازی یا تغییری در محل سکونت شما از زمانی که اینجا زندگی می کنید انجام شده است؟	۱۲
شامل موارد J12.1 تا J12.13	J12	محیط و محل سکونت- فرم J	در مورد محل سکونت شما چه کارهایی انجام شده و چند وقت پیش اقدام شده است؟	۱۳
۰. خیر ۱. بلی	J12.1	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی	۱۴
۰. خیر ۱. بلی	J12.2	محیط و محل سکونت- فرم J	اضافه کردن اتاق	۱۵
۰. خیر ۱. بلی	J12.3	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی نرده، پلکان، کف سازی	۱۶
۰. خیر ۱. بلی	J12.4	محیط و محل سکونت- فرم J	بهبود سیستم عایق یا گرمایش	۱۷
۰. خیر ۱. بلی	J12.5	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی حمام	۱۸
۰. خیر ۱. بلی	J12.6	محیط و محل سکونت- فرم J	بازسازی باغچه/حصار	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	J12.7	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر	۲۰
متن	J12.8	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر کارهای انجام شده در محل سکونت	۲۱
۱. اصلا ۲. تا حدی ۳. نسبتا ۴. بسیار ۵. خیلی زیاد	J13	محیط و محل سکونت- فرم J	در مورد محله فعلی خودتان فکر کنید، چقدر این محله را دوست دارید؟	۲۲
۱. فریزر بزرگ/ساید بای ساید ۲. ماشین لباسشویی ۳. ظرفشویی ۴. لپ تاپ/ دسکتاپ	J14	محیط و محل سکونت- فرم J	کدام یک از لوازم منزل زیر در منزل شما دارید؟	۲۳

<p>۵. دسترسی به اینترنت</p> <p>۶. تلویزیون LCD/LED</p> <p>۷. جارو برقی</p> <p>۸. اتاق توکار (دارای سرویس بهداشتی در اتاق خواب)</p> <p>۹. موتورسیکلت</p> <p>۱۰. ماشین با ارزش کمتر از ۲۰ میلیون تومان</p> <p>۱۱. ماشین با ارزش ۲۰-۵۰ میلیون تومان</p> <p>۱۲. ماشین با ارزش ۵۰-۱۰۰ میلیون تومان</p> <p>۱۳. ماشین با ارزش بیشتر از ۱۰۰ میلیون تومان</p> <p>۱۴. تبلت/IPAD</p>				
<p>۱. بلی</p> <p>۲. خیر</p> <p>۳. امتناع از پاسخ</p> <p>۴. نمی دانم</p>	J15	محیط و محل سکونت- فرم J	آیا به جز خانه ای که هم اکنون در آن ساکن هستید شما یا همسرتان، خانه، ویلا یا باغ در شهر اردکان و یا جای دیگری دارید؟	۲۴
<p>۱. آب چاه</p> <p>۲. آب رودخانه</p> <p>۳. آب چشمه</p> <p>۴. آب لوله کشی</p> <p>۵. آب معدنی</p> <p>۶. مخزن آب</p> <p>۷. مخزن آب زیرزمینی</p> <p>۸. سایر</p>	J16	محیط و محل سکونت- فرم J	منبع اصلی آب آشامیدنی شما در حال حاضر چیست؟	۲۵
متن	J16-1	محیط و محل سکونت- فرم J	توضیحات دیگر منبع اصلی آب آشامیدنی	۲۶
عدد(سال)	J17	محیط و محل سکونت- فرم J	چند سال است که شما آب لوله کشی استفاده می کنید؟	۲۷
<p>۱. آب چاه</p> <p>۲. آب رودخانه</p> <p>۳. آب چشمه</p> <p>۴. شما همیشه از آب لوله کشی استفاده دارید</p> <p>۵. سایر</p>	J18	محیط و محل سکونت- فرم J	منبع اصلی آب آشامیدنی شما قبل از آب لوله کشی چه بوده است؟	۲۸

متن	J18-1	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر منابع اصلی آب آشامیدنی قبل از آب لوله کشی	۲۹
عدد	J19	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد کتاب های غیر درسی و غیر شغلی که در یک سال قبل مطالعه کرده‌اید (شامل کتاب های آسمانی و دعا نمی گردد)	۳۰
متن	J19-1	محیط و محل سکونت- فرم J	اگر بی سواد است توضیح دهید	۳۱
شامل موارد J20.1 تا J20.3	J20	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های خارج از ایران در تمام عمر	۳۲
عدد	J20-1	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های خارج از ایران در تمام عمر	۳۳
عدد	J20-2	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های زیارتی خارج از ایران	۳۴
عدد	J20-3	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های غیرزیارتی خارج از ایران	۳۵
عدد	J21	محیط و محل سکونت- فرم J	تعداد مسافرت های داخل ایران در ده سال گذشته (زیارتی و گردشگری که حداقل ۱۰۰ کیلومتر از محل سکونت فاصله داشته است)	۳۶
۰. خیر ۱. بلی	J22	محیط و محل سکونت- فرم J	آیا تا به حال با حیوانی سابقه تماس داشته‌اید ؟	۳۷
J23, J27		محیط و محل سکونت- فرم J	لطفاً در صورت مثبت بودن سؤال فوق به سوالات ذیل پاسخ دهید.	۳۸
عدد	J23	محیط و محل سکونت- فرم J	از سن	۳۹
عدد	J24	محیط و محل سکونت- فرم J	تا سن	۴۰
۱. بعضی مواقع (برای مثال محل نگهداری حیوانات در دویست متری محل کار یا زندگی فرد است) ۲. حداقل یکبار در دو هفته ولی کمتر از یکبار در روز (برای مثال محل نگهداری حیوانات در همسایگی محل کار یا زندگی فرد است) ۳. تماس روزانه (برای مثال نگهداری حیوانات در محل کار یا زندگی فرد) ۴. تماس روزانه و نزدیک با حیوانات (شغل های مربوط به تغذیه و تمیز کردن حیوانات و کشتارگاه)	J25	محیط و محل سکونت- فرم J	سطح تماس	۴۱

<p>۱. اسب سانان (مانند اسب، قاطر، الاغ، شتر)          ۲. نشخوار کنندگان (مانند گوسفند، بز، گاو)          ۳. سگ          ۴. طیور          ۵. گربه          ۶. پرندگان خانگی مانند قناری، مرغ عشق          ۷. سایر</p>	J26	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع حیوان	۴۲
متن	J27	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر حیوانات	۴۳
<p>نوع منزل، سایر انواع منزل، نوع سوخت گرمایشی، نوع سوخت آشپزی، سایر انواع سوخت ها برای آشپزی ، سایر انواع سوخت ها برای آشپزی ، نوع سیستم گرمایشی ، توضیح در مورد سایر سیستمهای گرمایشی ،</p>	J2	محیط و محل سکونت- فرم J	سوابق محل سکونت	۴۴
عدد	J28	محیط و محل سکونت- فرم J	از سن	۴۵
عدد	J29	محیط و محل سکونت- فرم J	تا سن	۴۶
J30.1, J30.4	J30	محیط و محل سکونت- فرم J	محل سکونت	۴۷
چند گزینه	J30.1	محیط و محل سکونت- فرم J	کشور	۴۸
چند گزینه	J30.2	محیط و محل سکونت- فرم J	استان	۴۹
چند گزینه	J30.3	محیط و محل سکونت- فرم J	شهر	۵۰
متن	J30.4	محیط و محل سکونت- فرم J	روستا	۵۱
<p>۱. آجر و آهن          ۲. چوب و آجر          ۳. بتون آرمه          ۴. گچ و سنگ          ۵. خشت و گل          ۶. سایر</p>	J31	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع منزل	۵۲

متن	J31.1	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر انواع منزل	۵۳
۱. نفت / گازوئیل ۲. چوب و همیزم ۳. فضولات حیوانی ۴. گاز ۵. زغال سنگ ۶. سایر	J32	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع سوخت گرمایشی	۵۴
متن	J33	محیط و محل سکونت- فرم J	سایر انواع سوختها برای آشپزی	۵۵
۱. بخاری برقی ۲. بخاری دارای دودکش ۳. شومینه ۴. بخاری بدون دودکش/ چراغ ۵. بخاری گازی ۶. پکیج و شوفاژ ۷. سایر	J34	محیط و محل سکونت- فرم J	نوع سیستم گرمایشی	۵۶
متن	J34.1	محیط و محل سکونت- فرم J	توضیح در مورد سایر سیستمهای گرمایشی	۵۷

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

## بخش عمومی

### پرسشنامه زندگی خانوادگی - فرم E

زندگی خانوادگی - فرم E				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	شما فرزند چندم خانواده هستید؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E1	عدد
۲	چه کسی شما را بزرگ کرده است؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E2	۱. پدر و مادر ۲. پدر و مادربزرگ ۳. عمو/ عمه ۴. برادر و خواهر ۵. سایر بستگان ۶. سایر
۳	سایر سرپرست ها	زندگی خانوادگی - فرم E	E2.1	متن
۴	پدر و مادرتان هنوز زنده اند؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E3	۱. بله، هر دو ۲. بله، فقط مادر ۳. بله، فقط پدر ۴. خیر هر دو فوت شده اند ۵. خیر هر دو فوت شده اند (بیش از ۲ سال)
۵	پدرتان کجا بزرگ شده است؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E4	متن (کشور، استان، شهر، روستا)
۶	کشور		E4-1	
۷	استان		E4-2	
۸	شهر		E4-3	
۹	روستا		E4-4	
۱۰	مادرتان کجا بزرگ شده است؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E5	متن (کشور، استان، شهر، روستا)
۱۱	کشور		E5-1	
۱۲	استان		E5-2	
۱۳	شهر		E5-3	
۱۴	روستا		E5-4	
۱۵	سطح تحصیلات پدر شما چیست؟	زندگی خانوادگی - فرم E	E8	۱. بیسواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی ناکامل ۴. ابتدایی کامل ۵. راهنمایی (ناتمام)

<p>۶. راهنمایی (سیکل)          ۷. دبیرستان (بدون دیپلم)          ۸. دیپلم          ۹. کاردانی/مدرک تجارتي          ۱۰. مدرک لیسانس          ۱۱. کارشناسی ارشد          ۱۲. دکترا          ۱۳. سواد قرآنی          ۱۴. نمی دانم</p>				
<p>۱. بیسواد          ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه          ۳. ابتدایی ناکامل          ۴. ابتدایی کامل          ۵. راهنمایی (ناتمام)          ۶. راهنمایی (سیکل)          ۷. دبیرستان (بدون دیپلم)          ۸. دیپلم          ۹. کاردانی/مدرک تجارتي          ۱۰. مدرک لیسانس          ۱۱. کارشناسی ارشد          ۱۲. دکترا          ۱۳. سواد قرآنی          ۱۴. نمی دانم</p>	E9	زندگی خانوادگی - فرم E	سطح تحصیلات مادر شما چیست؟	۱۶
متن	E10	زندگی خانوادگی - فرم E	شغل اصلی پدر شما چیست؟	۱۸
متن	E11	زندگی خانوادگی - فرم E	شغل اصلی مادر شما چیست؟	۱۹
<p>۱. به سختی گذران زندگی می کردیم.          ۲. برای مایحتاج اولیه پول داشتیم          ۳. براحتی گذران زندگی می کردیم</p>	E12	زندگی خانوادگی - فرم E	به زمانی فکر کنید که در خانه پدری زندگی می کردید شامل دوران نوجوانی تان، وضعیت مادی خانواده شما چگونه بود؟	۲۰
<p>۱. خیلی خوب          ۲. خوب          ۳. تا حدودی خوب          ۴. بد          ۵. خیلی بد</p>	E13	زندگی خانوادگی - فرم E	در طول دوران کودکی خود تا ۱۵ سالگی وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۱
<p>۱. خیلی خوب          ۲. خوب          ۳. تا حدودی خوب</p>	E14	زندگی خانوادگی - فرم E	به طور کلی وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۲۲

۴. بد ۵. خیلی بد				
۰. خیر ۱. بلی	E15	زندگی خانوادگی - فرم E	در دوران کودکی و نوجوانی خود با بیماری خاصی درگیر بوده اید؟	۲۳
متن	E15-1	زندگی خانوادگی - فرم E	اگر با بیماری خاصی در دوران کودکی و یا نوجوانی درگیر بوده اید، نام ببرید	۲۴
۱. فوت کرده اند ۲. مستقل زندگی می کنند ۳. با یکی از فرزندان زندگی می کنند ۴. با بستگان زندگی می کنند ۵. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی با فرزندان/ان دیگر زندگی می کنند ۶. در خانه سالمندان زندگی می کنند ۷. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی مستقل (تنها) زندگی می کنند ۸. موارد دیگر ذکر شود	E16	زندگی خانوادگی - فرم E	در حال حاضر پدرتان با چه کسی زندگی می کنند.	۲۵
متن	E16-1	زندگی خانوادگی - فرم E	سایر افرادی که پدرتان در حال حاضر با آنها زندگی می کنند.	۲۶
۱. فوت کرده اند ۲. مستقل زندگی می کنند ۳. با یکی از فرزندان زندگی می کنند ۴. با بستگان زندگی می کنند ۵. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی با فرزندان/ان دیگر زندگی می کنند ۶. در خانه سالمندان زندگی می کنند ۷. قسمتی از سال با شرکت کننده و مابقی مستقل (تنها) زندگی می کنند ۸. موارد دیگر ذکر شود	E17	زندگی خانوادگی - فرم E	در حال حاضر مادرتان با چه کسی زندگی می کنند.	۲۷
متن	E17-1	زندگی خانوادگی - فرم E	سایر افرادی که مادرتان در حال حاضر با آنها زندگی می کنند.	۲۸
۱. در همان خانه یا ساختمان فرد شرکت کننده ۲. در همان محله ۳. در همان شهر در محله دیگری ۴. در شهر دیگر	E18	زندگی خانوادگی - فرم E	پدرتان کجا زندگی می کنند؟	۲۹

۵. در کشور دیگر ۶. پدر و مادر فوت شده اند				
۱. در همان خانه یا ساختمان فرد شرکت کننده ۲. در همان محله ۳. در همان شهر در محله دیگری ۴. در شهر دیگر ۵. در کشور دیگر ۶. پدر و مادر فوت شده اند	E19	زندگی خانوادگی - فرم E	مادرتان کجا زندگی می کند؟	۳۰
۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. پدر و مادر فوت شده اند	E20	زندگی خانوادگی - فرم E	هر چند وقت یکبار پدر خود را می بینید؟	۳۱
۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. پدر و مادر فوت شده اند	E21	زندگی خانوادگی - فرم E	هر چند وقت یکبار مادر خود را می بینید؟	۳۲
۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. متوفی	E22	زندگی خانوادگی - فرم E	هر چند وقت یک بار با پدرتان با تلفن، ایمیل، یا پست در تماس هستید؟	۳۳
۱. هر روز ۲. چند بار در هفته ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در سال ۵. یک یا دو بار در سال ۶. تقریباً هرگز ۷. متوفی	E23	زندگی خانوادگی - فرم E	هر چند وقت یک بار با مادرتان با تلفن، ایمیل، یا پست در تماس هستید؟	۳۴
۰. خیر ۱. بلی	E24	زندگی خانوادگی - فرم E	در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان به پدر/مادر یا هر دو والدین خود بواسطه	۳۵

			مشکل جسمی در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اید؟	
۰. خیر ۱. بلی	E25	زندگی خانوادگی - فرم E	آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته بوده است؟	۳۶
۱. مادر ۲. پدر ۳. هر دو	E26	زندگی خانوادگی - فرم E	چه کسی این کمک را دریافت می کند؟	۳۷
عدد (برحسب ساعت)	E27	زندگی خانوادگی - فرم E	در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسرتان به او / آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟	۳۸
۰. خیر ۱. بلی	E28	زندگی خانوادگی - فرم E	در طی دو سال گذشته آیا شما یا همسرتان به پدر/ مادر یا هردو والدین خود در کارهایی مانند کارهای منزل، خرید، حمل و نقل کمک کرده اید؟	۳۹
۰. خیر ۱. بلی	E29	زندگی خانوادگی - فرم E	آیا این کمک حداقل یک ساعت در هفته است؟	۴۰
۱. مادر ۲. پدر ۳. هر دو	E30	زندگی خانوادگی - فرم E	چه کسی این کمک را دریافت کرده است؟	۴۱
عدد (برحسب ساعت)	E31	زندگی خانوادگی - فرم E	در مجموع حدود چند ساعت شما یا همسرتان به او / آنها به طور متوسط در هفته کمک کرده اید؟	۴۲
۰. خیر ۱. بلی	E32	زندگی خانوادگی - فرم E	در طی دو سال گذشته آیا هر کدام از خواهر یا برادران شما و یا همسرشان به پدر/ مادر یا هردو والدین تان بواسطه مشکل جسمی در کارهایی مانند غذاخوردن، لباس پوشیدن، حمام کردن کمک کرده اند؟	۴۳
عدد	E33	زندگی خانوادگی - فرم E	چه تعداد نوه دارید؟	۴۴
عدد	E34	زندگی خانوادگی - فرم E	چه تعداد نتیجه (فرزند نوه) دارید؟	۴۵

تحصیلات/ شغل- فرم HE				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	بالاترین سطح تحصیلات شما چیست؟	تحصیلات/ شغل- فرم H	HE1	۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی (نا کامل) ۴. ابتدایی (کامل) ۵. راهنمایی (نا تمام) ۶. راهنمایی (سیکل) ۷. دبیرستان (نه دیپلم) ۸. دیپلم ۹. کاردانی/ مدرک تجاری ۱۰. مدرک لیسانس ۱۱. کارشناسی ارشد ۱۲. دکترا ۱۳. سواد قرآنی ۱۴. نمی دانم
۲	مجموع سال های تحصیل شما چقدر است؟	تحصیلات/ شغل- فرم H	HE2	عدد (سال)
۳	آیا همسران در طرح حضور دارد؟		HE3	۱. بلی ۲. خیر ۳. همسر متوفی/مطلقه ۴. باهم زندگی نمی کنند. ۵. مجرد(هرگز ازدواج نکرده)
۴	بالاترین سطح تحصیلات همسران چیست؟	تحصیلات/ شغل- فرم H	HE4	۱. بی سواد ۲. خواندن و نوشتن بدون مدرسه ۳. ابتدایی (نا کامل) ۴. ابتدایی (کامل) ۵. راهنمایی (نا تمام) ۶. راهنمایی (سیکل) ۷. دبیرستان (نه دیپلم) ۸. دیپلم ۹. کاردانی/مدرک تجاری ۱۰. مدرک لیسانس ۱۱. کارشناسی ارشد ۱۲. دکترا ۱۳. سواد قرآنی ۱۴. نمی دانم

عدد (سال)	HE5	تحصیلات/ شغل - فرم H	مجموع سال های تحصیل همسران داشته اید)	۵
متن (مطابق گفته فرد درج میشود.)	HO1	تحصیلات/ شغل - فرم H	شغل اصلی شما در طول زندگی چیست؟	۶
۱. کار تمام وقت ۲. کار نیمه وقت ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده ۴. بازنشسته ۵. بیکار ۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار ۷. سایر	HO2	تحصیلات/ شغل - فرم H	وضعیت اشتغال فعلی شما چیست؟	۷
متن (مطابق گفته فرد درج می شود.)	HO2-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	توضیحات شغل فعلی	۸
متن (مطابق گفته فرد درج می شود.)	HO3	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر در حال حاضر مشغول به کاری هستید که بابت آن حقوق / دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟	۹
۱. رسمی (قرارداد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر	HO4	تحصیلات/ شغل - فرم H	روش پرداخت کدام مورد است؟	۱۰
متن (مطابق گفته فرد درج می شود.)	HO4-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	سایر روش های پرداخت	۱۱
عدد	HO5	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر بیکار هستید، چه مدت است که بیکار شده اید؟	۱۲
۱. وضعیت سلامتی ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر	HO6	تحصیلات/ شغل - فرم H	دلیل اصلی شما برای بیکاری چیست؟	۱۳
عدد (سال)	HO7	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر شما بازنشسته هستید، در چه سنی بازنشسته شده اید؟	۱۴
۱. پایان سنوات خدمت ۲. وضعیت سلامتی ۳. اخراج به علت عدم نیاز ۴. مسئولیت های خانوادگی ۵. تصمیم شخصی ۶. از کار افتادگی ۷. سایر	HO8	تحصیلات/ شغل - فرم H	دلیل اصلی بازنشستگی شما چیست؟	۱۵
متن	H08-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	سایر دلایل بازنشستگی	۱۶

۱. افزایش اعتماد به نفس ۲. بازنشسته شدن ضروریست ۳. احساس میکنم همه چیز را از دست داده ام. ۴. مایلیم تمایل اجتماعی داشته باشیم. ۵. بیکار بودن سخت است. ۶. سایر	HO9	تحصیلات/ شغل - فرم H	احساس شما پس از بازنشستگی چگونه است؟	۱۸
متن	HO9-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	توضیحات احساس شما پس از بازنشستگی	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	HO10	تحصیلات/ شغل - فرم H	آیا شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هستید؟	۲۰
متن	HO11	تحصیلات/ شغل - فرم H	در صورت پاسخ مثبت در سؤال قبل به چه کاری مشغول هستید؟	۲۱
عدد (ساعت)	HO12	تحصیلات/ شغل - فرم H	چند ساعت در هفته شما کار می کردید؟	۲۲
عدد (سال)	HO13	تحصیلات/ شغل - فرم H	چند سال به کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه مشغول بوده اید؟	۲۳
متن	HO14	تحصیلات/ شغل - فرم H	شغل اصلی همسر شما در طول زندگی اش چه بوده است؟	۲۴
۱. کار تمام وقت ۲. کار نیمه وقت ۳. کار شخصی یا کار برای خانواده ۴. بازنشسته ۵. بیکار ۶. بیمار دائمی/ ناتوان در کسب و کار ۷. سایر	HO15	تحصیلات/ شغل - فرم H	وضعیت اشتغال فعلی همسرتان چیست؟	۲۵
متن	HO15-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	توضیحات اشتغال فعلی همسر	۲۶
متن (مطابق گفته فرد درج میشود.)	HO16	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر در حال حاضر مشغول به کاری می باشد که بابت آن حقوق / دستمزد دریافت می کنید نام شغل را ذکر نمایید؟	۲۷
۱. رسمی (قرارداد، حقوق ثابت) ۲. غیر رسمی (هدیه، پول نقد و مشابه آن) ۳. سایر	HO17		روش پرداخت کدام مورد است؟	۲۸
متن	HO17-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	توضیحات روش پرداخت	۲۹
عدد (سال)	HO18	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر همسرتان بیکار است، چه مدت است که بیکار شده است؟	۳۰

۱. وضعیت سلامتی ۲. اخراج به خاطر عدم نیاز ۳. مسئولیت های خانوادگی ۴. سایر	HO19	تحصیلات/ شغل - فرم H	دلیل اصلی بیکاری او چیست؟	۳۱
متن	HO19-1		سایر دلایل بیکاری همسر	۳۲
عدد(سال)	HO20	تحصیلات/ شغل - فرم H	اگر همسر شما بازنشسته است، در چه سنی بازنشسته شده است؟	۳۳
۱. واجد شرایط برای دریافت حقوق بازنشستگی ۲. اخراج به علت عدم نیاز ۳. وضعیت سلامتی ۴. اجباری ۵. مسئولیت های خانوادگی ۶. سایر	HO21	تحصیلات/ شغل - فرم H	دلیل اصلی بازنشستگی همسر تان چیست؟	۳۴
متن	HO21-1	تحصیلات/ شغل - فرم H	توضیحات دلیل اصلی بازنشستگی	۳۵
۱. بلی ۰. خیر	HO22	تحصیلات/ شغل - فرم H	آیا همسر شما در حال حاضر مشغول کارهای داوطلبانه، یا بدون حق الزحمه هست؟	۳۶
متن	HO23	تحصیلات/ شغل - فرم H	چه کاری؟	۳۷
عدد (ساعت)	HO24	تحصیلات/ شغل - فرم H	چند ساعت در هفته همسر تان کار می کند؟	۳۸
عدد	HO25	تحصیلات/ شغل - فرم H	چه مدتی است همسر شما مشغول به این کارهای داوطلبانه یا بدون حق الزحمه می باشد؟	۳۹

پرسشنامه درآمد - فرم I

درآمد- فرم I				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	منبع درآمد شما چیست؟	درآمد- فرم I	III	۱. حقوق و دستمزد شغل فعلی ۲. پشتیبانی از طرف پدر و مادر ۳. حقوق بازنشستگی ۴. پشتیبانی از طرف بستگان ۵. سرمایه گذاری ۶. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه) ۷. سود بانکی ۸. همسر ۹. پشتیبانی از طرف فرزندان ۱۰. بیمه کار ۱۱. درآمد بدون کار (مانند ملک و مغازه، پس انداز و اجاره) ۱۲. سایر
۲	سایر منابع درآمد	درآمد- فرم I	III-1	متن
۳	از موارد ذکر شده در بالا، کدامیک منبع اصلی درآمد شماست؟	درآمد- فرم I	II2	۱. حقوق و دستمزد شغل فعلی ۲. پشتیبانی از طرف پدر و مادر ۳. حقوق بازنشستگی ۴. پشتیبانی از طرف بستگان ۵. سرمایه گذاری ۶. رفاه (امداد، بهزیستی، موسسه خیریه) ۷. سود بانکی ۸. همسر ۹. پشتیبانی از طرف فرزندان ۱۰. بیمه کار ۱۱. درآمد بدون کار(مانند ملک و مغازه، پس انداز و اجاره) ۱۲. سایر
۴	در مورد وضعیت مادی خود در حال حاضر فکر کنید، چگونه آن را توصیف می کنید؟	درآمد- فرم I	II3	۱. به سختی گذران زندگی می کنم

۲. کفایت نیازهای اولیه را می کند ۳. مشکلی ندارم				
۱. بلی، کاملاً کفایت می کند ۲. خیر ۳. عدم پاسخ ۹۹۹. نمی دانم	II4	درآمد- فرم I	آیا مجموع درآمد اعضای خانوار شما برای کلیه هزینه های زندگی خانوار شما کفایت می کند؟	۵
۱. گاهی در مضیقه مالی هستیم ۲. همیشه در مضیقه مالی هستیم	II4-1	درآمد- فرم I	اگر خیر، چقدر تحت مضیقه مالی قرار دارید؟	۶
۱. کمتر از ۱ میلیون تومان ۲. ۱ میلیون تومان تا ۱.۵ میلیون تومان ۳. ۱.۵ میلیون تومان تا ۲ میلیون تومان ۴. ۲ میلیون تومان تا ۲.۵ میلیون تومان ۵. ۲.۵ تا ۳ میلیون تومان ۶. ۳ میلیون تومان تا ۳.۵ میلیون تومان ۷. ۳.۵ تا ۴ میلیون تومان ۸. ۴ میلیون تومان به بالا ۹. عدم پاسخ ۱۰. سایر ۹۹۹. نمی دانم	II5	درآمد- فرم I	درآمد ماهیانه شما در کدام یک از طبقات درآمدی زیر قرار می گیرد؟	۷
عدد (میلیون تومان)	II5-1	درآمد- فرم I	سایر مبالغ درآمد	۸
۱. کمتر از ۱ میلیون تومان ۲. ۱ میلیون تومان تا ۱.۵ میلیون تومان ۳. ۱.۵ میلیون تومان تا ۲ میلیون تومان ۴. ۲ میلیون تومان تا ۲.۵ میلیون تومان ۵. ۲.۵ تا ۳ میلیون تومان ۶. ۳ میلیون تومان تا ۳.۵ میلیون تومان ۷. ۳.۵ تا ۴ میلیون تومان ۸. ۴ میلیون تومان به بالا	II6	درآمد- فرم I	هزینه ماهانه شما در کدام یک از طبقات هزینه ای زیر قرار می گیرد؟	۹

۹. عدم پاسخ ۱۰. سایر ۹۹۹. نمی دانم				
عدد (میلیون تومان)	II6-1	درآمد- فرم I	سایر مبالغ هزینه	۱۰
۱. طبقه بالا ۲. طبقه متوسط رو به بالا ۳. متوسط ۴. طبقه متوسط رو به پایین ۵. طبقه پایین ۶. عدم پاسخ ۹۹۹. نمی دانم	III7	درآمد- فرم I	به طور کلی به لحاظ موقعیت اقتصادی خود را جزء کدام طبقه می دانید؟	۱۱

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه بازنشستگی - فرم RET

بازنشستگی - فرم RET				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا شما بازنشسته شده اید؟	بازنشستگی - فرم RET	RET1	۰. خیر ۱. بلی ۲. بازنشستگی ندارد
۲	در صورتیکه هنوز فرد بازنشسته نشده است سوال زیر را از او بپرسید	بازنشستگی - فرم RET		شامل موارد RET2 تا RET4
۳	آیا برای دوران بازنشستگی خود برنامه ریزی دارید؟	بازنشستگی - فرم RET	RET2	۰. خیر ۱. بلی
۴	در صورتیکه جواب فرد بلی است بپرسید چه برنامه و هدفی برای بازنشستگی خود دارد؟	بازنشستگی - فرم RET	RET3	۱. سرمایه گذاری ۲. خرید ملک ۳. ادامه دادن کار تا زمانی که توان دارم ۴. انجام یک کار پاره وقت ۵. خرید مغازه و ایجاد شغل جدید ۶. کار آفرینی ۷. تغییر شغل و انجام یک کار خدماتی ۸. تفریح و مسافرت ۹. سایر
۵	سایر اهداف	بازنشستگی - فرم RET	RET3-1	متن
۶	به نظر تان اگر بازنشسته بشوید حقوق بازنشستگی کفاف زندگی شما را می دهد؟	بازنشستگی - فرم RET	RET4	۱. بلی، کفاف می دهد ۲. تا حدودی کفاف زندگی را می دهد ۳. خیر اصلاً کفاف زندگی را نمی دهد
۷	در صورتی که فرد مشارکت کننده بازنشسته است سوالات زیر را از او بپرسید	بازنشستگی - فرم RET		شامل موارد RET5 تا RET15
۸	آیا پس از بازنشستگی توان مالی شما کاهش پیدا کرده است	بازنشستگی - فرم RET	RET5	۰. خیر ۱. بلی
۹	آیا شما حقوق بازنشستگی در یافت می کنید	بازنشستگی - فرم RET	RET6	۰. خیر ۱. بلی

متن	RET7	بازنشستگی - فرم RET	اگر شما بازنشسته شده اید و حقوق بازنشستگی دریافت می کنید، این حقوق برای چند روز ماه کفایت گذران زندگی تان را می کند؟	۱۰
شامل موارد RET8 تا RET15		بازنشستگی - فرم RET	پس از بازنشستگی برای صرفه جویی و مدیریت مالی کدام یک از کارهای زیر را در ۱۲ ماه گذشته انجام داده اید؟	۱۱
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET8	بازنشستگی - فرم RET	برای صرفه جویی میوه و سبزی تازه خریدم یا بندرت خرید کردم	۱۲
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET9	بازنشستگی - فرم RET	برای صرفه جویی گوشت / مرغ خریده یا بندرت خرید کردم	۱۳
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET10	بازنشستگی - فرم RET	لباسهای قدیمی را پوشیدم و توانایی خرید لباس جدید نداشتم	۱۴
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET11	بازنشستگی - فرم RET	تا زمانی که ممکن بود از خرید لباس جدید امتناع کردم	۱۵
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET12	بازنشستگی - فرم RET	رفتن به دکتر را به تعویق انداختم یا نرفتم تا هزینه ها را کاهش دهم	۱۶
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET13	بازنشستگی - فرم RET	داروها یم را خریدم / آزمایشاتم را انجام ندادم تا هزینه ها را کاهش دهم	۱۷
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET14	بازنشستگی - فرم RET	زمان کمتری را به تفریح گذراندم تا هزینه ها را کاهش دهم	۱۸
۱. هرگز ۲. کمی ۳. زیاد	RET15	بازنشستگی - فرم RET	برای کاهش هزینه ها تعداد خریدها یا رفتن به مکانهای محلی مانند مراسم ها، مسجد و ... را که نیاز به هزینه رفت و آمد داشت کم کردم	۱۹

پرسشنامه دریافت مراقبت - فرم CAR

دریافت مراقبت - فرم CAR				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	در طی ۱۲ ماه گذشته، آیا به دلیل وضعیت بد یا مشکلات سلامتی (که بر فعالیت های روزمره شما اثر می گذارند)، برای هر یک از فعالیت های زیر در خانه مراقب رسمی یا حرفه ای/پرستار داشته اید؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR1-1	۰. خیر ۱. بلی
۲	شرح فعالیت ها	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR1-2	۱. مراقبت فردی مثل کمک در غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام کردن یا رفتن به توالت ۲. مراقبت پزشکی، مثل دارو دادن یا کمک گرفتن از پرستار(برای مثال تعویض پانسمان یا مراقبت از پا) ۳. مدیریت امور سالمند مثل گرفتن نوبت (پزشک، آرایشگاه و غیره) ۴. کمک در انجام فعالیت هایی مثل امور منزل، نگهداری و تعمیرات منزل یا کارهای خارج از منزل ۵. رفتن برای مراجعه به پزشک یا خرید کردن ۶. پخت و پز یا تحویل(توزیع) غذا ۷. سایر
۳	سایر فعالیت ها	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR1-2-1	متن
۴	برای کدام نوع از فعالیت های ذکر شده در بالا بیشترین کمک را دریافت می کردید.	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR1-3	۱. مراقبت فردی مثل کمک در غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام کردن یا رفتن به توالت ۲. مراقبت پزشکی، مثل دارو دادن یا کمک گرفتن از پرستار(برای مثال تعویض پانسمان یا مراقبت از پا) ۳. مدیریت امور سالمند مثل گرفتن نوبت (پزشک، آرایشگاه و غیره) ۴. کمک در انجام فعالیت هایی مثل امور منزل، نگهداری و تعمیرات منزل یا کارهای خارج از منزل ۵. رفتن برای مراجعه به پزشک یا خرید کردن

۶. پخت و پز یا تحویل (توزیع) غذا ۷. سایر				
۱. بله، تمام هزینه ها را پرداخت کرده ایم ۲. بله، بخشی از هزینه ها را پرداخت کرده ایم ۳. خیر، هزینه ها رایگان بود ۴. خیر، هیچ هزینه ای را برای خدمت انجام شده پرداخت نکردیم	CAR1-4	مراقبت از دیگران - فرم CAR	آیا شما (یا فرد دیگری در خانواده) قسمتی یا تمام هزینه های مرتبط با خدمات دریافتی را به طور مستقیم پرداخت می کنید؟	۵
عدد (هفته)	CAR1-5	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، حدود چند هفته این فرد یا سازمان به شما خدمت رسانی کرده است؟	۶
عدد (ساعت)	CAR1-6	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، به طور متوسط چند ساعت در هفته این فرد یا سازمان به شما خدمت رسانی کرده است؟	۷
۰. خیر ۱. بلی	CAR1-7	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، آیا به دلیل وضعیت یا مشکلات سلامتی (که بر فعالیت های روزمره شما اثر می گذارند)، برای هر یک از فعالیت های زیر در خانه از اعضای خانواده، دوستان یا همسایه ها مراقبت کوتاه مدت یا بلند مدت دریافت کرده اید؟	۸
۱. مراقبت فردی مثل کمک در غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام کردن یا رفتن به توالت ۲. مراقبت پزشکی، مثل دارو دادن یا کمک گرفتن از پرستار(برای مثال تعویض پانسمان یا مراقبت از پا) ۳. مدیریت امور سالمند مثل گرفتن نوبت (پزشک، آرایشگاه و غیره) ۴. کمک در انجام فعالیت هایی مثل امور منزل، نگهداری و تعمیرات منزل یا کارهای خارج از منزل ۵. رفتن برای مراجعه به پزشک یا خرید کردن ۶. پخت و پز یا تحویل (توزیع) غذا ۷. سایر	CAR1-8	مراقبت از دیگران - فرم CAR	شرح فعالیت ها	۹
متن	CAR1-8-1	مراقبت از دیگران - فرم CAR	سایر فعالیت ها	۱۰

عدد (تعداد)	CAR1-9	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، چند فرد (اعضای خانواده، دوستان یا همسایه ها) به شما کمک کرده اند؟	۱۱
عدد (هفته)	CAR1-10	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، چند هفته این فرد یا بقیه افراد به شما کمک کرده اند؟	۱۲
عدد (ساعت)	CAR1-11	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، به طور میانگین چند ساعت در هفته این فرد یا سایر افراد به شما کمک کرده اند؟	۱۳
۱. مراقبت فردی مثل کمک در غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام کردن یا رفتن به توالت ۲. مراقبت پزشکی، مثل دارو دادن یا کمک گرفتن از پرستار(برای مثال تعویض پانسمان یا مراقبت از پا) ۳. مدیریت امور سالمند مثل گرفتن نوبت (پزشک، آرایشگاه و غیره) ۴. کمک در انجام فعالیت هایی مثل امور منزل، نگهداری و تعمیرات منزل یا کارهای خارج از منزل ۵. رفتن برای مراجعه به پزشک یا خرید کردن ۶. پخت و پز یا تحویل(توزیع) غذا ۷. سایر	CAR1-12	مراقبت از دیگران - فرم CAR	برای کدام نوع از فعالیت ها بیشترین کمک را دریافت می کردید.	۱۴
متن	CAR1-12-1	مراقبت از دیگران - فرم CAR	سایر فعالیت ها	۱۵
۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ	CAR1-13	مراقبت از دیگران - فرم CAR	آیا شخصی که بیشترین کمک را به شما ارائه می دهد، در منزل شما زندگی می کند؟	۱۶
۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ	CAR1-14	مراقبت از دیگران - فرم CAR	آیا شخصی که بیشترین کمک را به شما ارائه می دهد، خانم است؟	۱۷
عدد (سال)	CAR1-15	مراقبت از دیگران - فرم CAR	شخصی که بیشترین کمک را به شما ارائه می دهد، چند سال دارد؟	۱۸
متن (نسبت)	CAR1-16	مراقبت از دیگران - فرم CAR	شخصی که بیشترین کمک را به شما ارائه می دهد، چه نسبتی با شما دارد؟	۱۹
عدد (ماه)	CAR1-17	مراقبت از دیگران - فرم CAR	شخصی که بیشترین کمک را به شما ارائه می دهد، چه مدت است به شما کمک می کند؟	۲۰

عدد (هفته)	CAR1-18	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، این فرد چند هفته به شما کمک کرده است؟	۲۱
عدد (ساعت)	CAR1-19	مراقبت از دیگران - فرم CAR	به طور متوسط این فرد، چند ساعت در هفته به شما کمک کرده است؟	۲۲
۰. خیر ۱. بلی	CAR1-20	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، آیا از وسایل کمکی زیر استفاده کرده اید؟	۲۳
۱. عصا یا چوب دستی ۲. ویلچر ۳. ویلچر برقی ۴. واکر ۵. بریس یا وسایل محافظتی پا ۶. بریس دست یا بازو ۷. میله های نصب شده روی دیوار ۸. وسیله های کمکی در حمام ۹. بلند کننده ها برای حمام، تخت یا سایر بلند کننده ها (لیفترها) ۱۰. ابزارهای گرفتن (چنگ زدن) یا وسایل دراز شونده برای رسیدن به شی مورد نظر ۱۱. وسایل کمکی ویژه برای خوردن ۱۲. زنگ هشدار ۱۳. سایر	CAR1-21	مراقبت از دیگران - فرم CAR	وسایل کمکی	۲۴
متن	CAR1-21-1	مراقبت از دیگران - فرم CAR	سایر وسایل کمکی	۲۵

پرسشنامه مراقبت از دیگران - فرم CAR

مراقبت از دیگران - فرم CAR				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	در ۱۲ ماه گذشته، آیا به دلیل وضعیت یا مشکلات سلامتی (که بر فعالیت های روزمره اثر می گذارند)، هر یک از فعالیت های زیر را به سایر افراد ارائه کرده اید؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-1	۰. خیر ۱. بلی
۲	فعالیت ها	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-2	۱. مراقبت فردی مثل کمک در غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام کردن یا رفتن به توالت ۲. مراقبت پزشکی، مثل دارو دادن یا کمک گرفتن از پرستار(برای مثال تعویض پانسمان یا مراقبت از پا) ۳. مدیریت امور سالمند مثل گرفتن نوبت (پزشک، آرایشگاه و غیره) ۴. کمک در انجام فعالیت هایی مثل امور منزل، نگهداری و تعمیرات منزل یا کارهای خارج از منزل ۵. رفتن برای مراجعه به پزشک یا خرید کردن ۶. پخت و پز یا تحویل(توزیع) غذا ۷. سایر
۳	شرح سایر فعالیت ها	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-2-1	متن
۴	طی ۱۲ ماه گذشته، به چند فرد کمک (کمک در انجام فعالیت های روزمره نظیر آنچه در سوال بالا نام برده شد) کرده اید؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-3	تعداد (عدد)
۵	آیا شخصی که بیشترین کمک را به وی ارائه می دهید، در منزل شما زندگی می کند؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-4	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۶	آیا شخصی که بیشترین کمک را به وی ارائه می دهید، خانم است؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-5	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۷	شخصی که بیشترین کمک را به وی ارائه می دهید، چند سال دارد؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-6	عدد (سال)
۸	شخصی که بیشترین کمک را به وی ارائه می دهید، چه نسبتی با شما دارد؟	مراقبت از دیگران - فرم CAR	CAR2-7	نسبت (متن)

عدد (هفته)	CAR2-8	مراقبت از دیگران - فرم CAR	در ۱۲ ماه گذشته، چند هفته به وی کمک کرده اید؟	۹
عدد (ساعت)	CAR2-9	مراقبت از دیگران - فرم CAR	به طور متوسط، چند ساعت در هفته به وی کمک کرده اید؟	۱۰

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



## بخش اجتماعی

### پرسشنامه حمایت اجتماعی - فرم SS

حمایت اجتماعی- فرم SS				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	بغیر از افراد خانواده با چه تعداد از اشخاص در محل سکونت تان می‌توانید احساس دلبستگی یا رابطه خیلی نزدیکی داشته باشید؟	حمایت اجتماعی- فرم SS	SS1	۱. هیچکس ۲. یک تا دو نفر ۳. بیشتر از دو نفر
۲	چند بار در طی هفته گذشته، شما زمانی را با شخصی که با شما زندگی نمی‌کند صرف کردید؟ برای مثال شما رفتید آنها را ببینید یا آنها به ملاقات شما آمدند یا با هم بیرون رفتید.	حمایت اجتماعی- فرم SS	SS2	۱. هیچوقت ۲. یکبار ۳. دو بار ۴. سه بار ۵. چهار بار ۶. پنج بار ۷. شش بار ۸. هفت بار و بیشتر
۳	در طی هفته گذشته، چند بار تلفنی با شخصی (دوستان، بستگان یا دیگران) صحبت کردید (یا آنها به شما تلفن کردند یا شما به آنها تلفن کردید)؟	حمایت اجتماعی- فرم SS	SS3	۱. هیچوقت ۲. یکبار ۳. دو بار ۴. سه بار ۵. چهار بار ۶. پنج بار ۷. شش بار ۸. هفت بار و بیشتر
۴	در طی هفته گذشته، چند بار به جلسات انجمن‌های اجتماعی، جلسات مذهبی یا دیگر گروه‌ها (مثل صندوق مشترک) رفتید؟	حمایت اجتماعی- فرم SS	SS4	۱. هیچوقت ۲. یکبار ۳. دو بار ۴. سه بار ۵. چهار بار ۶. پنج بار ۷. شش بار ۸. هفت بار و بیشتر
۵	آیا به نظر می‌رسد خانواده یا دوستان تان (افرادی که برای شما مهم هستند) شما را درک می‌کنند؟	حمایت اجتماعی- فرم SS	SS5	۱. بندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات

۱. بندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات	SS6	حمایت اجتماعی- فرم SS	آیا احساس می کنید برای خانواده یا دوستان تان (افرادی که برای شما مهم هستند) مفید هستید؟	۶
۱. بندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات	SS7	حمایت اجتماعی- فرم SS	وقتی با خانواده یا دوستان تان صحبت می کنید، آیا احساس می کنید به حرف هایتان گوش داده می شود؟	۷
۱. بندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات	SS8	حمایت اجتماعی- فرم SS	آیا احساس می کنید نقش تعیین کننده در خانواده تان یا در بین دوستان تان دارید؟	۸
۱. بندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات	SS9	حمایت اجتماعی- فرم SS	آیا شما می توانید در باره مشکلات مهم زندگی تان با حداقل بعضی از افراد خانواده یا دوستان تان صحبت کنید؟	۹
۱. بندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اکثر اوقات	SS10	حمایت اجتماعی- فرم SS	آیا شما فکر می کنید در جریان اموری که در خانواده یا در بین دوستان تان می گذرد هستید؟	۱۰
۱. خیلی ۲. تا حدودی ۳. کاملاً	SS11	حمایت اجتماعی- فرم SS	در مورد انواع ارتباطی که شما با افراد خانواده یا دوستان تان دارید چقدر رضایت دارید؟	۱۱

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه نابرابری اجتماعی - فرم SOI

نابرابری اجتماعی - فرم SOI				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	فکر کنید که این نردبان با ۱۰ پله، نشان دهنده موقعیت افراد در جامعه است. بالاترین قسمت نردبان (پله دهم) نشانه افرادی است که در بهترین موقعیت از نظر ثروت، تحصیلات، شغل، و جایگاه اجتماعی و سلامت قرار دارند. و پایین ترین قسمت نردبان (پله اول) بیانگر افرادی است که در پایین ترین سطح قرار دارند و از موقعیت خود ناراضی اند. لطفاً با یک علامت روی پله های نردبان مشخص کنید شما کجای نردبان قرار دارید.	نابرابری اجتماعی - فرم SOI	SOI1	عدد

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

## بخش بهداشت

### پرسشنامه بهداشت دهان و دندان – فرم OH

بهداشت دهان و دندان – فرم OH				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	دفعات مسواک زدن دندانها	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH1	۱. یکبار در روز ۲. دو بار در روز ۳. سه بار در روز ۴. مسواک نمی زنم ۵. سایر (نام ببرید)
۲	سایر دفعات مسواک زدن دندانها	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH1-1	عدد
۳	معیار DMF	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH2	شامل موارد OH2.1 تا OH2.4
۴	تعداد کل دندانها	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH2.1	عدد (تعداد)
۵	تعداد دندان های پوسیده (D)	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH2.2	عدد (تعداد)
۶	تعداد دندان های کشیده شده (M)	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH2.3	عدد (تعداد)
۷	تعداد دندان های پر شده (F)	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH2.4	عدد (تعداد)
۸	آیا ضایعه یا زخمی در دهان وجود دارد؟	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH3	۱. بلی ۲. خیر
۹	آیا دندان مصنوعی دارید؟	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH4	۱. کامل فک بالا ۲. کامل فک پایین ۳. هر دو ۴. قسمتی ۵. خیر
۱۰	از چه سنی دندان مصنوعی دارید؟	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH4.1	عدد (سال)
۱۱	آیا دندان مصنوعی خود را می پوشید؟	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH4.2	۱. بلی ۰. خیر
۱۲	آیا دندان مصنوعی خود را مسواک می زنید؟	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH4.3	۱. بلی ۰. خیر
۱۳	اگر بلی، تعداد دفعات مسواک زدن دندان مصنوعی	بهداشت دهان و دندان – فرم OH	OH4.3.1	۱. یکبار در روز ۲. دو بار در روز ۳. سه بار در روز

۴. سایر				
عدد	OH4.3.1.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	سایر تعداد دفعاتی دندان مصنوعی خود را مسواک می زنید	۱۴
متن	OH4.3.2	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	اگر دندان مصنوعی خود را مسواک نمی زنید چگونه آن را تمیز می کنید؟	۱۵
۰. خیر ۱. بلی	OH5	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	آیا از نخ دندان استفاده می کنید؟	۱۶
۱. روزانه ۲. هفتگی ۳. سایر	OH5.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	اگر بلی، تعداد دفعات استفاده از نخ دندان	۱۷
عدد	OH5.1.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	تعداد دفعات استفاده از نخ دندان؟	۱۸
	OH5.1.2	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	سایر توضیحات	۱۹
۱. بلی ۲. خیر	OH6	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	آیا از دهان شویه استفاده می کنید؟	۲۰
۱. روزانه ۲. هفتگی ۳. سایر	OH6.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	نوع دفعات استفاده شما از دهان شویه چگونه است؟	۲۱
عدد	OH6.1.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	تعداد دفعات استفاده از دهان شویه؟	۲۲
متن	OH6.1.1.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	سایر توضیحات	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	OH7	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	در طی ۱۲ ماه گذشته هر گونه درد یا ناراحتی در دهان یا دندان خود داشته اید؟	۲۴
عدد	OH8	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار به دندانپزشک مراجعه داشته اید؟	۲۵
شامل موارد OH9.1 تا OH9.7	OH9	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	در طی ۱۲ ماه گذشته هر چند وقت یکبار بخاطر وضعیت دهان و دندان مشکلات زیر را داشته اید؟	۲۶
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقتها ۴. اصلا ۹۹۹. نمی دانم	OH9.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	مشکل در گاز زدن غذا	۲۷
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقتها ۴. اصلا	OH9.2	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	مشکل در جویدن	۲۸

۹۹۹. نمی‌دانم				
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت‌ها ۴. اصلا ۹۹۹. نمی‌دانم	OH9.3	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	مشکل در حرف زدن یا ادای کلمات	۲۹
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت‌ها ۴. اصلا ۹۹۹. نمی‌دانم	OH9.4	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	خشکی دهان	۳۰
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت‌ها ۴. اصلا ۹۹۹. نمی‌دانم	OH9.5	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	پرهیز از خندیدن بخاطر وضعیت دندان و لثه	۳۱
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت‌ها ۴. اصلا ۹۹۹. نمی‌دانم	OH9.6	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	احساس ناراحتی بخاطر ظاهر دندان	۳۲
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی وقت‌ها ۴. اصلا ۹۹۹. نمی‌دانم	OH9.7	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	کاهش در فعالیتهای اجتماعی بخاطر وضعیت دهان و دندان	۳۳
شامل موارد OH10.1 و OH10.2	OH10	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	بطور کلی وضعیت دندان ها و لثه های خود را چگونه توصیف می کنید؟	۳۴
۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. ضعیف	OH10.1	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	دندان ها	۳۵
۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. ضعیف	OH10.2	بهداشت دهان و دندان - فرم OH	لثه ها	۳۶

پرسشنامه سابقه فAMILی بیماریها - فرم FH

سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH				
ردیف	آیتم / سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	دیابت	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1	FH1.1, FH1.10
۲	ابتلا	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.1	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۳	پدر	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.2	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۴	مادر	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.3	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۵	برادر ۱	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.4	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۶	برادر ۲	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.5	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۷	برادر ۳	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.6	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۸	خواهر ۱	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.7	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۹	خواهر ۲	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.8	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۱۰	خواهر ۳	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.9	۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم
۱۱	توضیحات	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH1.10	متن
۱۲	فشار خون	سابقه فAMILی بیماریها- فرم FH	FH2	FH2.1, FH2.10

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۱۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۱۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH2.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۲۱
متن	FH2.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۲۲
FH3.1, FH3.10	FH3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	نارسایی قلبی (CHF)	۲۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۲۵
۰. خیر ۱. بلی	FH3.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۲۶

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۲۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۲۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۲۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۳۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۳۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH3.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۲
متن FH4.1, FH4.10	FH3.10 FH4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات سکته قلبی	۳۳ ۳۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۳۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۳۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۳۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۹

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۴۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۴۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۴۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH4.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۴۳
متن	FH4.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۴۴
FH5.1, FH5.10	FH5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سکنه مغزی	۴۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۴۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۴۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۴۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۴۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۵۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۵۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۵۲
۰. خیر ۱. بلی	FH5.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۵۳

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH5.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۵۴
متن	FH5.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۵۵
FH6.1, FH6.10	FH6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سابقه ابتلا به سرطان	۵۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۵۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۵۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۵۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۶۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۶۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۶۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۶۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۶۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH6.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۶۵
متن	FH6.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۶۶
FH7.1, FH7.10	FH7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سرطان معده	۶۷

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۶۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۶۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۷۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۷۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۷۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۷۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۷۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۷۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH7.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۷۶
متن	FH7.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۷۷
FH8.1, FH8.10	FH8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان کولورکتال	۷۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۷۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۸۰
۰. خیر ۱. بلی	FH8.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۸۱

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۸۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۸۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۸۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۸۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۸۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH8.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۸۷
متن FH9.1, FH9.10	FH8.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۸۸
	FH9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان پستان	۸۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۹۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۹۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۹۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۹۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۹۴

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۹۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۹۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۹۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH9.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۹۸
متن	FH9.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۹۹
FH10.1, FH10.10	FH10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان پروستات	۱۰۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۰۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۰۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۰۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۱۰۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۱۰۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۰۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۰۷
۰. خیر ۱. بلی	FH10.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۱۰۸

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH10.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۱۰۹
متن	FH10.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۱۱۰
FH11.1, FH11.10	FH11	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان ۱	۱۱۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۱۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۱۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۱۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۱۱۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۱۱۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۱۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۱۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۱۱۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH11.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۱۲۰
متن	FH11.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۱۲۱
FH12.1, FH12.10	FH12	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان ۲	۱۲۲

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۲۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۲۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۲۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۱۲۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۱۲۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۲۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۲۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۱۳۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH12.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۱۳۱
متن	FH12.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۱۳۲
FH13.1, FH13.10	FH13	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان ۳	۱۳۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۳۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۳۵
۰. خیر ۱. بلی	FH13.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۳۶

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۱۳۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۱۳۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۱۳۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۱۴۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۱۴۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH13.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۱۴۲
متن FH14.1, FH14.10	FH13.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۱۴۳
	FH14	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سرطان ۴	۱۴۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۱۴۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۱۴۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۱۴۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۱۴۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۱۴۹

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۵۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۵۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۱۵۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH14.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۱۵۳
متن	FH14.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۱۵۴
FH15.1, FH15.10	FH15	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان ۵	۱۵۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۵۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۵۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۵۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۱۵۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۱۶۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۶۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۶۲
۰. خیر ۱. بلی	FH15.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۱۶۳

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH15.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۱۶۴
متن	FH15.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۱۶۵
FH16.1, FH16.10	FH16	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سرطان ۶	۱۶۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۱۶۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۱۶۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۱۶۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۱۷۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۱۷۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۱۷۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۱۷۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۱۷۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH16.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۱۷۵
متن	FH16.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۱۷۶
FH17.1, FH17.10	FH17	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سرطان ۷	۱۷۷

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۷۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۷۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۸۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۱۸۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۱۸۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۱۸۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۱۸۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۱۸۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH17.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۱۸۶
متن	FH17.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۱۸۷
FH18.1, FH18.10	FH18	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان ۸	۱۸۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۱۸۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۱۹۰
۰. خیر ۱. بلی	FH18.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۱۹۱

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۱۹۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۱۹۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۱۹۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۱۹۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۱۹۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH18.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۱۹۷
متن	FH18.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۱۹۸
FH19.1, FH19.10	FH19	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سرطان ۹	۱۹۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۲۰۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۲۰۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۲۰۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۲۰۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۲۰۴

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۲۰۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۲۰۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۰۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH19.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۲۰۸
متن	FH19.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۲۰۹
FH20.1, FH20.10	FH20	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سرطان ۱۰	۲۱۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۱۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۲۱۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۲۱۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۲۱۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۲۱۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۲۱۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۲۱۷
۰. خیر ۱. بلی	FH20.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۱۸

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH20.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۲۱۹
متن	FH20.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۲۲۰
FH21.1, FH21.10	FH21	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	بیماریهای مزمن تنفسی	۲۲۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۲۲۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۲۲۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۲۲۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۲۲۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۲۲۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۲۲۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۲۲۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۲۲۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH21.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۲۳۰
متن	FH21.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۲۳۱
FH22.1, FH22.10	FH22	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سابقه صرع	۲۳۲

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۳۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۲۳۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۲۳۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۲۳۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۲۳۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۲۳۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۲۳۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۴۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH22.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۲۴۱
متن	FH22.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۲۴۲
FH23.1, FH23.10	FH23	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه افسردگی شدید	۲۴۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۴۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۲۴۵
۰. خیر ۱. بلی	FH23.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۲۴۶

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۲۴۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۲۴۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۲۴۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۲۵۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۲۵۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH23.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۲۵۲
متن	FH23.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۲۵۳
FH24.1, FH24.10	FH24	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سابقه سردرد مزمن	۲۵۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۲۵۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۲۵۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۲۵۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۲۵۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۲۵۹

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۲۶۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۲۶۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۶۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH24.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۲۶۳
متن	FH24.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۲۶۴
FH25.1, FH25.10	FH25	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	سابقه آلزایمر/ دمانس	۲۶۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۶۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۲۶۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۲۶۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۲۶۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۲۷۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۲۷۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۲۷۲
۰. خیر ۱. بلی	FH25.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۷۳

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH25.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۲۷۴
متن	FH25.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۲۷۵
FH26.1, FH26.10	FH26	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	سابقه شکستگی لگن	۲۷۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۲۷۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۲۷۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۲۷۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۲۸۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۲۸۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۲۸۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۲۸۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۲۸۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH26.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۲۸۵
متن	FH26.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۲۸۶
FH27.1, FH27.10	FH27	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	روماتیسم مفصلی / آرتريت	۲۸۷

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۸۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۲۸۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۲۹۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۲۹۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۲۹۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۲۹۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۲۹۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۲۹۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH27.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۲۹۶
متن	FH27.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۲۹۷
FH28.1, FH28.10	FH28	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	بیماری ۱	۲۹۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۲۹۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۳۰۰
۰. خیر ۱. بلی	FH28.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۳۰۱

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۰۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۰۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۳۰۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۳۰۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۳۰۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH28.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۰۷
متن FH29.1, FH29.10	FH28.10 FH29	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات بیماری ۲	۳۰۸ ۳۰۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۳۱۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۳۱۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۳۱۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۱۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۱۴

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۳۱۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۳۱۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۳۱۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH29.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۳۱۸
متن	FH29.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۳۱۹
FH30.1, FH30.10	FH30	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	بیماری ۳	۳۲۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۳۲۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۳۲۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۳۲۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۳۲۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۳۲۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۳۲۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۳۲۷
۰. خیر ۱. بلی	FH30.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۳۲۸

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH30.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۲۹
متن	FH30.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۳۳۰
FH31.1, FH31.10	FH31	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	بیماری ۴	۳۳۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۳۳۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۳۳۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۳۳۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۳۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۳۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۳۳۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۳۳۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۳۳۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH31.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۴۰
متن	FH31.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۳۴۱
FH32.1, FH32.10	FH32	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	بیماری ۵	۳۴۲

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۳۴۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۳۴۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۳۴۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۳۴۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۳۴۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۳۴۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۳۴۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۳۵۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH32.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۳۵۱
متن	FH32.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۳۵۲
FH33.1, FH33.10	FH33	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	بیماری ۶	۳۵۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۳۵۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۳۵۵
۰. خیر ۱. بلی	FH33.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۳۵۶

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۵۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۵۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۳۵۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۳۶۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۳۶۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH33.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۶۲
متن	FH33.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۳۶۳
FH34.1, FH34.10	FH34	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	بیماری ۷	۳۶۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۳۶۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۳۶۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۳۶۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۶۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۶۹

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۳۷۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۳۷۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۳۷۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH34.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۳۷۳
متن	FH34.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۳۷۴
FH35.1, FH35.10	FH35	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	بیماری ۸	۳۷۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۳۷۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۳۷۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۳۷۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۳۷۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۳۸۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۳۸۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۳۸۲
۰. خیر ۱. بلی	FH35.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۳۸۳

۲. نمی دانم				
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH35.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۸۴
متن	FH35.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۳۸۵
FH36.1, FH36.10	FH36	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	بیماری ۹	۳۸۶
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.1	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	ابتلا	۳۸۷
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.2	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	پدر	۳۸۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.3	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	مادر	۳۸۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.4	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۱	۳۹۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.5	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۲	۳۹۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.6	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	برادر ۳	۳۹۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.7	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۱	۳۹۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.8	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۲	۳۹۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH36.9	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	خواهر ۳	۳۹۵
متن	FH36.10	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	توضیحات	۳۹۶
FH37.1, FH37.10	FH37	سابقه فامیلی FH بیماریها- فرم	بیماری ۱۰	۳۹۷

۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.1	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	ابتلا	۳۹۸
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.2	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	پدر	۳۹۹
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.3	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	مادر	۴۰۰
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.4	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۱	۴۰۱
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.5	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۲	۴۰۲
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.6	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	برادر ۳	۴۰۳
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.7	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۱	۴۰۴
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.8	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۲	۴۰۵
۰. خیر ۱. بلی ۲. نمی دانم	FH37.9	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	خواهر ۳	۴۰۶
متن	FH37.10	سابقه فامیلی بیماریها- فرم FH	توضیحات	۴۰۷

## بخش پزشکی

### پرسشنامه سیستم قلبی عروقی-قلب (پرسشنامه "WHO Rose")- فرم Heart

ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا بحال هر گونه درد یا ناراحتی در قفسه سینه خود داشته اید؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart1	۱. بلی ۰. خیر
۲	شدت این درد یا ناراحتی در قفسه سینه چقدر است؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart2	۱. کم ۲. متوسط ۳. شدید
۳	کیفیت این درد یا ناراحتی در قفسه سینه چگونه است؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart3	۱. درد مبهم یا احساس فشار ۲. سنگینی ۳. سفتی ۴. فشردگی یا خفگی ۵. احساس سوزش ۶. تیر کشنده
۴	آیا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن در سربالایی یا عجله است؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart4	۱. بلی ۲. خیر ۳. با عجله راه نمی روم و یا از
۵	آیا این درد یا ناراحتی در قفسه سینه بهنگام راه رفتن معمولی است؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart5	سربالایی بالا نمی روم ۱. بلی ۰. خیر
۶	در صورت بلی چند قدم راه بروید دچار درد قفسه سینه می شود؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart5.1	عدد (متر)
۷	وقتی که بهنگام راه رفتن دچار این درد می شوید چه می کنید؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart6	۱. می ایستم یا آهسته تر راه می روم ۲. از نیتروگلیسرین استفاده می کنم و به همان صورت قبلی ادامه می دهم ۳. نامشخص ۴. امتناع
۸	اگر بایستید آیا بهتر می شود یا خیر؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart7	۱. بهتر می شود ۲. فرقی نمی کند ۳. امتناع ۴. نامشخص
۹	در چه مدت زمانی بهتر می شود؟	قلبی عروقی- فرم Heart	Heart8	۱. ۱۰ دقیقه و کمتر ۲. بیشتر از ۱۰ دقیقه

۳. امتناع از پاسخ ۴. نامشخص				
از چپ بالا از عدد ۱ شروع می شود و تا راست پایین به عدد ۲۰ ختم می شود.	Heart9	قلبی عروقی - فرم Heart	به این تصویر نگاه کنید و دقیقاً به من بگویید کجا/ها احساس درد می کنید (چند نقطه هم می تواند انتخاب شود)	۱۰
				
متن	Heart9-1	قلبی عروقی - فرم Heart	اگر پاسخ شما به سوال ۹ مثبت است لطفاً دقیقاً بگویید انتشار درد به چه سمتی است؟	۱۱
۱. بلی ۰. خیر	Heart10	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال دردی در جلوی قفسه سینه داشته اید که نیم ساعت یا بیشتر طول بکشد؟	۱۲
۱. بلی ۰. خیر	Heart11	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا پزشک تابحال به شما گفته است که حمله قلبی یا سکته قلبی داشته اید؟	۱۳
عدد (سال)	Heart12	قلبی عروقی - فرم Heart	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار حمله یا سکته قلبی شده اید؟	۱۴
۱. بلی ۰. خیر	Heart13	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟	۱۵
۱. بلی ۰. خیر	Heart14	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا در طی یکسال گذشته بخاطر مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟	۱۶
۱. بلی ۰. خیر	Heart15	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که آنژین صدری (درد قفسه سینه بخاطر بیماری قلبی) دارید؟	۱۷
عدد (سال)	Heart16	قلبی عروقی - فرم Heart	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار آنژین صدری هستید؟	۱۸
۱. بلی ۰. خیر	Heart17	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا بخاطر این مشکل قلبی از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟	۱۹
۱. بلی ۰. خیر	Heart18	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟	۲۰
۱. بلی ۰. خیر	Heart19	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال پزشک به شما گفته است گرفتگی شریانی (رگ های قلبتان) دارید؟	۲۱
۱. بلی ۰. خیر	Heart20	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال آنژیوگرافی داشته اید؟	۲۲

۱. بای پس عروق کرونر ۲. آنژیوپلاستی (استنت/ بالون آنژیوپلاستی) ۳. خیر	Heart21	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال جراحی بایپس عروق کرونر، آنژیو پلاستی (استنت/ یا بالون) برای بیماری قلبی تان داشته اید؟	۲۳
۱. بلی ۰. خیر	Heart22	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال تورم/ ادم در هر دو مچ پا داشته اید؟	۲۴
۱. بلی ۰. خیر	Heart23	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال پزشک به شما گفته است نارسایی قلبی دارید؟	۲۵
عدد (سال)	Heart24	قلبی عروقی - فرم Heart	چند ساله بودید که به شما گفته شد دچار نارسایی قلبی هستید؟	۲۶
۱. بلی ۰. خیر	Heart25	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا بخاطر این مشکل قلبی (نارسایی قلبی) از انجام فعالیتی جلوگیری شده اید؟	۲۷
۱. بلی ۰. خیر	Heart26	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا در طی یکسال گذشته بخاطر این مشکل قلبی تان (نارسایی قلبی) در بیمارستان بمدت حداقل یک شب بستری شده اید؟	۲۸
۱. بلی ۰. خیر	Heart27	قلبی عروقی - فرم Heart	آیا تابحال پزشک به شما گفته است ریتم قلبی غیر نرمال دارید؟	۲۹

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه هایپرلیپیدمی - فرم HL

هایپرلیپیدمی - فرم HL				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تابحال پزشک به شما گفته است کلهترول بالا / تری گلیسیرید بالا دارید؟	هایپرلیپیدمی - فرم HL	HL1	۰. بلی ۱. خیر
۲	چند ساله بودید که پزشک به شما برای اولین بار گفت که کلهترول بالا/ تری گلیسیرید بالا دارید؟	هایپرلیپیدمی - فرم HL	HL2	عدد (سال)
۳	آیا در حال حاضر برای کلهترول بالا و تری گلیسیرید بالا دارو مصرف می کنید؟	هایپرلیپیدمی - فرم HL	HL3	۰. بلی ۱. خیر
۴	آیا می توانید نام داروهای مصرفی خود را بگویید یا آنها را به من نشان بدهید؟ (اگر نمی داند کد ۹ درج شود)	هایپرلیپیدمی - فرم HL	HL4	متن
۵	آیا در حال حاضر با رژیم غذایی، یا ورزش و یا هر درمان غیر دارویی دیگر برای کلهترول بالا و تری گلیسیرید بالا تحت درمان هستید؟	هایپرلیپیدمی - فرم HL	HL5	۰. بلی ۱. خیر

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه پرفشاری خون هایپرتانسیون - فرم BP

پرفشاری خون (هایپرتانسیون) - فرم BP				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است فشار خون بالا یا پرفشاری خون دارید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP1	۱. بلی ۰. خیر
۲	چند ساله بودید که پزشک به شما برای اولین بار گفت که پرفشاری خون دارید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP2	عدد (سال)
۳	آیا در حال حاضر برای فشار خون بالا دارو مصرف می کنید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP3	۱. بلی ۰. خیر
۴	آیا می توانید نام داروهای مصرفی خود را بگویید یا آنها را به من نشان بدهید؟ (اگر نمی داند کد ۹ درج شود)	پرفشاری خون - فرم BP	BP4	متن
۵	آیا در حال حاضر با رژیم غذایی، یا ورزش و یا هر درمان غیر دارویی دیگر برای فشار خون بالا تحت درمان هستید؟	پرفشاری خون - فرم BP	BP5	۱. بلی ۰. خیر

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

معاینه قلبی - فرم Heart				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	Neck vein distension at 30 and 45 degrees (sitting upright)	فرم معاینه قلبی	HrtExm4	0. No 1. Yes 2. Maybe 3. Unknown
۲	Irregular Pulse	فرم معاینه قلبی	HrtExm5	0. No 1. Yes 2. Maybe 3. Unknown
۳	<b>Physical Exam--Peripheral Vessels</b>			
۴	Lower Extremity Abnormalities (Right)	فرم معاینه قلبی	Heart9	Heart9-1, Heart9-4
۵	Stem varicose veins (Do not code reticular or spider varicosities)	فرم معاینه قلبی	Heart9-1	0. No abnormality 1. yes 9. Unknown
۶	Ankle edema	فرم معاینه قلبی	Heart9-2	0. No 1. yes 2. Maybe 3. Absence Due to amputation 9. Unknown
۷	Amputation level	فرم معاینه قلبی	Heart9-3	0. No 1. Toes only 2. Foot 3. Below knee 4. Above Knee 5. Other 6. unknown
۸	Description	فرم معاینه قلبی	Heart9-4	Text
۹	Lower Extremity Abnormalities (left)	فرم معاینه قلبی	Heart10	Heart10-1, Heart10-4
۱۰	Stem varicose veins (Do not code reticular or spider varicosities)	فرم معاینه قلبی	Heart10-1	0. No 1. Toes only 2. Foot 3. Below knee 4. Above Knee 5. Other 6. unknown
۱۱	Ankle edema	فرم معاینه قلبی	Heart10-2	Text
۱۲	Amputation level	فرم معاینه قلبی	Heart10-3	0. No 1. Toes only 2. Foot 3. Below knee 4. Above Knee 5. Other

				6. unknown
۱۳	Description	فرم معاینه قلبی	Heart10-4	Text
۱۴	<b>Section 2</b>			
۱۵	<b>Artery</b>	فرم معاینه قلبی		Heart11, Heart14
۱۶	<b>Femoral</b>	فرم معاینه قلبی	Heart11	Heart11-1, heart11-3
۱۷	Right	فرم معاینه قلبی	Heart11-1	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۱۸	Left	فرم معاینه قلبی	Heart11-2	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۱۹	Description	فرم معاینه قلبی	Heart11-3	Text
۲۰	<b>Popliteal</b>	فرم معاینه قلبی	Heart12	Heart12-1, heart12-3
۲۱	Right	فرم معاینه قلبی	Heart12-1	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۲۲	Left	فرم معاینه قلبی	Heart12-2	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۲۳	Description	فرم معاینه قلبی	Heart12-3	Text
۲۴	<b>Post Tibial</b>	فرم معاینه قلبی	Heart13	Heart13-1, heart13-3
۲۵	Right	فرم معاینه قلبی	Heart13-1	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۲۶	Left	فرم معاینه قلبی	Heart13-2	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۲۷	Description	فرم معاینه قلبی	Heart13-3	Text
۲۸	<b>Dorsalis Pedis</b>	فرم معاینه قلبی	Heart14	Heart14-1, heart14-3
۲۹	Right	فرم معاینه قلبی	Heart14-1	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۳۰	Left	فرم معاینه قلبی	Heart14-2	1.present 2.Abnormal 9. Unknown
۳۱	Description	فرم معاینه قلبی	Heart14-3	Text
۳۲	comments	فرم معاینه قلبی		Text

پرسشنامه فرم معاینه ریوی - فرم Lung

فرم معاینه ریوی				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	Kyphosis	فرم معاینه ریوی	Lung1	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۲	Scoliosis	فرم معاینه ریوی	Lung2	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۳	Pectus Crinatum	فرم معاینه ریوی	Lung3	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۴	Pectus Excavantum	فرم معاینه ریوی	Lung4	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۵	Barrel chest	فرم معاینه ریوی	Lung5	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۶	Cyanosis of nail bed	فرم معاینه ریوی	Lung6	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۷	Clubbing	فرم معاینه ریوی	Lung7	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
<b>Section 2</b>				
۹	<b>Normal</b>	فرم معاینه ریوی	Lung10	Lung10-1, Lung10-3
۱۰	Right	فرم معاینه ریوی	Lung10-1	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۱۱	Left	فرم معاینه ریوی	Lung10-2	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۱۲	Description	فرم معاینه ریوی	Lung10-3	Text
۱۳	<b>Wheezing on auscultation</b>	فرم معاینه ریوی	Lung11	Lung11-1, Lung11-3
۱۴	Right	فرم معاینه ریوی	Lung11-1	0. NO 1. Yes 2. Maybe

				9.Unknown
۱۵	Left	فرم معاینه ریوی	Lung11-2	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۱۶	Description	فرم معاینه ریوی	Lung11-3	Text
۱۷	<b>Rales / Crackles</b>	فرم معاینه ریوی	Lung12	Lung12-1, Lung12-3
۱۸	Right	فرم معاینه ریوی	Lung12-1	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۱۹	Left	فرم معاینه ریوی	Lung12-2	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۲۰	Description	فرم معاینه ریوی	Lung12-3	Text
۲۱	<b>Abnormal breath sounds</b>	فرم معاینه ریوی	Lung13	Lung13-1, Lung13-3
۲۲	Right	فرم معاینه ریوی	Lung13-1	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۲۳	Left	فرم معاینه ریوی	Lung13-2	0. NO 1. Yes 2. Maybe 9.Unknown
۲۴	Description	فرم معاینه ریوی	Lung13-3	Text

ALSA  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه سیستم تنفسی - فرم Res

سیستم تنفسی - فرم Res				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا به حال پزشک به شما گفته است که (نام هریک از موارد زیر را ببرید) دارید؟	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1	
۲	آسم	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1	Res1.1.1, Res1.1.5
۳	ابتلا	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1.1	۰. خیر ۱. بلی
۴	سن تشخیص	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1.2	عدد (سال)
۵	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1.3	۰. خیر ۱. بلی
۶	محدودیت به خاطر این مشکل	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1.4	۰. خیر ۱. بلی
۷	توضیحات	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.1.5	متن
۸	برونشیت مزمن	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2	Res1.2.1, Res1.2.5
۹	ابتلا	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2.1	۰. خیر ۱. بلی
۱۰	سن تشخیص	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2.2	عدد (سال)
۱۱	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2.3	۰. خیر ۱. بلی
۱۲	محدودیت به خاطر این مشکل	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2.4	۰. خیر ۱. بلی
۱۳	توضیحات	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.2.5	متن
۱۴	بیماری های انسدادی ریه	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.3	Res1.3.1, Res1.3.5
۱۵	ابتلا	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.3.1	۰. خیر ۱. بلی
۱۶	سن تشخیص	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.3.2	عدد (سال)
۱۷	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.3.3	۰. خیر ۱. بلی
۱۸	محدودیت به خاطر این مشکل	سیستم تنفسی - فرم Res	Res1.3.4	۰. خیر ۱. بلی

متن	Res1.3.5	سیستم تنفسی - فرم Res	توضیحات	۱۹
Res1.4.1, Res1.4.5	Res1.4	سیستم تنفسی - فرم Res	آمیزم	۲۰
۰. خیر ۱. بلی	Res1.4.1	سیستم تنفسی - فرم Res	ابتلا	۲۱
عدد (سال)	Res1.4.2	سیستم تنفسی - فرم Res	سن تشخیص	۲۲
۰. خیر ۱. بلی	Res1.4.3	سیستم تنفسی - فرم Res	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	Res1.4.4	سیستم تنفسی - فرم Res	محدودیت به خاطر این مشکل	۲۴
متن	Res1.4.5	سیستم تنفسی - فرم Res	توضیحات	۲۵
۰. خیر ۱. بلی	Res2	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا تا بحال بیماری دیگر تنفسی داشته اید؟	۲۶
متن	Res2.1	سیستم تنفسی - فرم Res	نام بیماری	۲۷
عدد	Res2.2	سیستم تنفسی - فرم Res	سن تشخیص	۲۸
۰. خیر ۱. بلی	Res2.3	سیستم تنفسی - فرم Res	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۹
۰. خیر ۱. بلی	Res2.4	سیستم تنفسی - فرم Res	محدودیت به خاطر این مشکل	۳۰
متن	Res2.5	سیستم تنفسی - فرم Res	توضیحات	۳۱
۱. بلی ۰. خیر	Res3	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا تا بحال جراحی قفسه سینه داشته اید؟	۳۳
متن	Res3-1	سیستم تنفسی - فرم Res	اگر بلی لطفاً ذکر کنید.	۳۴
۱. بلی ۰. خیر	Res4	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در حال حاضر برای مشکل ریوی (تنفسی) اکسیژن دریافت می کنید؟	۱۴
۱. بلی ۰. خیر	Res5	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا بخاطر این مشکل تنفسی هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده است؟	۱۵
۱. بلی ۰. خیر	Res6	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در ۱۲ ماه گذشته بجز سرماخوردگی یا برای صاف کردن گلو، سرفه داشته اید؟	۱۶
۱. بلی ۰. خیر	Res7	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با سرفه صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟	۱۷

۱. بلی ۰. خیر	Res8	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟	۱۸
۱. بلی ۰. خیر	Res9	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقعی که سرما خورده بوده اید خلط داشته اید؟	۱۹
۱. بلی ۰. خیر	Res10	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با خلط صبحگاهی از خواب بیدار شده اید؟	۲۰
۱. بلی ۰. خیر	Res11	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شما این سرفه را بیشتر روزها (۴ روز و بیشتر از یک هفته) و بمدت ۳ ماه متوالی داشته اید؟	۲۱
عدد (سال)	Res12	سیستم تنفسی - فرم Res	چند سال است که با خلط سینه مشکل دارید؟	۲۲
۱. بلی ۰. خیر	Res13	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خس خس یا صدای مانند سوت در سینه داشته اید؟	۲۳
۱. بیشتر روزها و شبها ۲. چند روز یا شب در هفته ۳. چند روز یا شب در ماه ۴. چند روز یا شب در سال	Res14	سیستم تنفسی - فرم Res	اگر بلی هر چند وقت یکبار این مشکل را داشتید؟	۲۴
۱. بلی ۰. خیر	Res15	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شما این خس خس یا صدای مانند سوت در سینه را در طی ۱۲ ماه گذشته بجز مواقع سرماخوردگی داشته اید؟	۲۵
۱. بلی ۰. خیر	Res16	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته دچار حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه شده اید که باعث تنگی نفس بشود؟	۲۶
۱. بلی ۰. خیر	Res17	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با حمله خس خس یا صدای مانند سوت در سینه از خواب بیدار شده اید؟	۲۷
۱. بلی ۰. خیر	Res18	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا بهنگام تند راه رفتن در سطح صاف یا بالارفتن از سر بالای دچار تنگی نفس می شوید؟	۲۸
۱. بلی ۰. خیر	Res19	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام استراحت روزانه دچار حمله تنگی نفس شده اید؟	۲۹
۱. بلی ۰. خیر	Res20	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شما باید بهنگام راه رفتن معمولی برای تجدید تنفس بایستید؟	۳۰
۱. بلی ۰. خیر	Res21	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بهنگام فعالیت شدید دچار تنگی نفس شده اید؟	۳۱
۱. بلی ۰. خیر	Res22	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته با تنگی نفس از خواب بیدار شده اید؟	۳۲

۱. بلی ۰. خیر	Res23	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا دچار قطع تنفس در موقع خواب هستید؟	۳۳
۱. آیا اطرافیان متوجه قطع تنفس شما شده اند ۲. خودتان به دلیل وقف تنفس از خواب بیدار می شوید	Res24	سیستم تنفسی - فرم Res	اگر دچار قطع تنفس در موقع خواب هستید؟	۳۴
۱. بلی ۰. خیر	Res25	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا شبها احساس نامطبوع در پاها از قبیل گزگز، گرما، کرخ شدن دارید که مانع بخواب رفتن شما بشود؟	۳۵
۱. راه رفتن ۲. مالیدن ۳. خاراندن ۴. بالا گرفتن پاها ۵. غیره	Res26	سیستم تنفسی - فرم Res	این احساس نامطبوع با کدام یک از روش /روشهای زیر برطرف/کم می شود؟	۳۶
متن	Res26-1	سیستم تنفسی - فرم Res	سایر روش ها	۳۷
۱. بلی ۰. خیر	Res27	سیستم تنفسی - فرم Res	آیا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل تنفسی تان استفاده می کنید؟	۳۸
متن	Res28	سیستم تنفسی - فرم Res	اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکل تنفسی تان را نام ببرید یا نشان دهید.	۳۹

ALSA  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro

ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تابحال پزشک به شما گفته است که ( نام هریک از موارد زیر را ببرید) دارید؟	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1	Neuro1.1, Neuro1.6
۲	سکنه مغزی	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.1	Neuro1.1.1, Neuro1.1.5
۳	ابتلا	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.1.1	۱. بلی ۰. خیر
۴	سن تشخیص	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.1.2	عدد (سال)
۵	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.1.3	۱. بلی ۰. خیر
۶	محدودیت در فعالیت به خاطر این مشکل	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.1.4	۱. بلی ۰. خیر
۷	توضیحات	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.1.5	متن
۸	مینی استروک (TIA)	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.2	Neuro1.2.1, Neuro1.2.5
۹	ابتلا	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.2.1	۱. بلی ۰. خیر
۱۰	سن تشخیص	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.2.2	عدد (سال)
۱۱	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.2.3	۱. بلی ۰. خیر
۱۲	محدودیت در فعالیت به خاطر این مشکل	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.2.4	۱. بلی ۰. خیر
۱۳	توضیحات	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.2.5	متن
۱۴	صرع	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.3	Neuro1.3.1, Neuro1.3.5
۱۵	ابتلا	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.3.1	۱. بلی ۰. خیر
۱۶	سن تشخیص	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.3.2	عدد (سال)
۱۷	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	Neuro1.3.3	۱. بلی ۰. خیر

۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.3.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	محدودیت در فعالیت به خاطر این مشکل	۱۸
متن	Neuro1.3.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۱۹
Neuro1.4.1, Neuro1.4.5	Neuro1.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مالتیپل اسکلروزیس یا بیماری ام. اس	۲۰
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.4.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	ابتلا	۲۱
عدد (سال)	Neuro1.4.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	سن تشخیص	۲۲
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.4.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۳
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.4.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	محدودیت در فعالیت به خاطر این مشکل	۲۴
متن	Neuro1.4.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۲۵
Neuro1.5.1, Neuro1.5.5	Neuro1.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	سردرد میگرنی	۲۶
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.5.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	ابتلا	۲۷
عدد (سال)	Neuro1.5.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	سن تشخیص	۲۸
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.5.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۹
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.5.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	محدودیت در فعالیت به خاطر این مشکل	۳۰
متن	Neuro1.5.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۳۱
Neuro1.6.1, Neuro1.6.5	Neuro1.6	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مشکل حافظه/دمانس/الزایمر	۳۲
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.6.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	ابتلا	۳۳
عدد (سال)	Neuro1.6.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	سن تشخیص	۳۴
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.6.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۵
۱. بلی ۰. خیر	Neuro1.6.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	محدودیت در فعالیت به خاطر این مشکل	۳۶

متن	Neuro1.6.5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۳۷
	Neuro2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا تابحال هر کدام از علائم زیر را داشته اید؟	۳۸
Neuro2.1.1, Neuro2.1.4	Neuro2.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	ضعف عضلانی ناگهانی	۳۹
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.1.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۴۰
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.1.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۴۱
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.1.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۴۲
متن	Neuro2.1.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۴۳
Neuro2.2.1, Neuro2.2.4	Neuro2-2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	اختلال تکلم ناگهانی	۴۴
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.2.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۴۵
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.2.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۴۶
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.2.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۴۷
متن	Neuro2.2.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۴۸
Neuro2.3.1, Neuro2.3.4	Neuro2-3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	کاهش ناگهانی دید	۴۹
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.3.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۵۰
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً	Neuro2.3.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۵۱

۰.۹۹۹. نمی دانم				
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالا ۰.۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.3.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۵۲
متن	Neuro2.3.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۵۳
Neuro2.4.1, Neuro2.4.4	Neuro2-4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	دو بینی ناگهانی	۵۴
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.4.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۵۵
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالا ۰.۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.4.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۵۶
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالا ۰.۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.4.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۵۷
متن	Neuro2.4.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۵۸
Neuro2.5.1, Neuro2.5.4	Neuro2-5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	از دست دادن ناگهانی دید یک چشم	۵۹
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.5.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۶۰
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالا ۰.۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.5.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۶۱
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالا ۰.۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.5.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۶۲
متن	Neuro2.5.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۶۳
Neuro2.6.1, Neuro2.6.4	Neuro2-6	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	کرختی و گزگز ناگهانی در اندام	۶۴
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.6.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۶۵

۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.6.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۶۷
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.6.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۶۸
متن	Neuro2.6.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۶۹
Neuro2.7.1, Neuro2.7.4	Neuro2-7	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	از دست دادن ناگهانی درک صحبت دیگران	۷۰
۰. خیر ۱. بلی	Neuro2.7.1	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	بروز علائم	۷۱
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.7.2	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (کمتر از ۲۴ ساعت)	۷۲
۰. خیر ۲. بلی ۳. شاید/ احتمالاً ۹۹۹. نمی دانم	Neuro2.7.3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	مدت بروز این علامت (بیشتر مساوی ۲۴ ساعت)	۷۳
متن	Neuro2.7.4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	توضیحات	۷۴
<b>بیماری پارکینسون/ علائم پارکینسون</b>				۷۵
۱. بلی ۰. خیر	Neuro3	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است بیماری پارکینسون دارید؟	۷۶
عدد (سال)	Neuro4	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	چند ساله بودید وقتی پزشک به شما گفت این بیماری را دارید؟	۷۷
۱. بلی ۰. خیر	Neuro5	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا تحت درمان دارویی هستید؟	۷۸
متن	Neuro6	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	می توانید نام داروهایی را که استفاده می کنید به من بگویید یا آنها را به من نشان دهید؟	۷۹
۱. در حال استراحت ۲. هنگام استفاده/ کار	Neuro7	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا لرزش اندام تان وقتی که در حالت استراحت هستید بیشتر است یا وقتی که کاری انجام می دهید؟	۸۰
۱. بلی ۰. خیر	Neuro8	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا دست خط تان کوچکتر از قبل شده است؟	۸۱

۱. بلی ۰. خیر	Neuro9	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا در بستن دکمه مشکل دارید؟	۸۲
۱. بلی ۰. خیر	Neuro10	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا دستها یا پاهایتان می لرزد؟	۸۳
۱. بلی ۰. خیر	Neuro11	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا مردم می گویند که نسبت به قبل صدای شما نازک تر شده است؟	۸۴
۱. بلی ۰. خیر	Neuro12	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا پاهایتان ناگهانی قفل می کند؟	۸۵
۱. بلی ۰. خیر	Neuro13	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا مجبورید قدمهای کوتاه بردارید وقتی راه می روید چون پاهایتان می لرزد؟	۸۶
۱. بلی ۰. خیر	Neuro14	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا تعادل ضعیفی دارید؟	۸۷
۱. بلی ۰. خیر	Neuro15	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا صورتتان نسبت به قبل کمتر حالت می گیرد؟	۸۸
۱. بلی ۰. خیر	Neuro16	ارزیابی نورولوژیکی - فرم Neuro	آیا برخاستن از صندلی برایتان مشکل است؟	۸۹

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه مشکلات ادراری ((Revised Urinary Incontinence Scale (RUIS)) - فرم RUIS

مشکلات ادراری ((Revised Urinary Incontinence Scale (RUIS)) - فرم RUIS				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا شما هر کدام از مشکلات زیر را دارید اگر بلی به چه میزان باعث ناراحتی شما شده است؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS	شامل موارد RUIS1 تا RUIS10
۲	نشت ادراری به دلیل فوریت در دفع ادرار	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS1	۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد
۳	نشت ادراری به هنگام فعالیت فیزیکی، سرفه یا عطسه	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS2	۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد
۴	سوزش یا ناراحتی به هنگام دفع ادرار	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS3	۱. اصلا ۲. به طور جزئی ۳. متوسط ۴. خیلی زیاد
۵	هر چند وقت یکبار شما دچار نشت ادراری می شوید؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS4	۱. هیچوقت ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. چند بار در ماه ۴. چند بار در هفته ۵. هر روز/ شب
۶	میزان نشت ادراری شما در هر بار چه مقدار است؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS5	۱. چند قطره ۲. مقداری کمی ۳. زیاد
۷	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته خارج از کنترل خود ادرار داشته اید؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS6	۱. بلی ۰. خیر
۸	آیا تا به حال این مشکل ادراری به پزشک / پرستار/ماما مراجعه کرده اید؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS7	۱. بلی ۰. خیر
۹	آیا بخاطر مشکل نشت ادراری فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS8	۱. بلی ۰. خیر
۱۰	نشت ادراری چقدر کیفیت زندگی شما را تحت تأثیر قرار داده است؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS9	امتیاز از صفر تا ده
۱۱	آیا به دلیل نشت ادراری از پوشک و ... استفاده می کنید؟	مشکلات ادراری- فرم RUIS	RUIS10	۱. بلی ۰. خیر

عفونت ادراری			۱۲
۱. بلی ۰. خیر	UTI1	عفونت ادراری فرم UTI	آیا تابحال عفونت ادراری داشته اید؟
عدد (تعداد)	UTI1-1	عفونت ادراری فرم UTI	اگر بلی چند بار
عدد (روز. ماه. سال شمسی)	UTI1-2	عفونت ادراری فرم UTI	اگر بلی آخرین بار کی بوده است؟
۱. بلی ۰. خیر	UTI1-3	عفونت ادراری فرم UTI	آیا تا به حال این مشکل عفونت ادراری به پزشک مراجعه کرده اید؟
۱. بلی ۰. خیر	Otherurin1	عفونت ادراری فرم UTI	آیا داروهای مدر مصرف می کنید؟
۱. بلی ۰. خیر	Otherurin2	عفونت ادراری فرم UTI	آیا داروهای مدر را در وعده عصر یا شب مصرف می کنید؟
عدد (تعداد)	Otherurin3	عفونت ادراری فرم UTI	از ساعت ۷ عصر تا آخر شب چند استکان چایی مصرف می کنید؟
عدد (تعداد)	Otherurin4	عفونت ادراری فرم UTI	در طول شب چند بار برای دفع ادرار از خواب بیدار می شوید؟

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه علایم و نشانه های مربوط به پروستات (مردان) – فرم IPSS

علایم و نشانه های مربوط به پروستات (مردان) – فرم IPSS				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا در طی ماه گذشته هریک از مشکلات زیر را داشته اید؟	پروستات- فرم IPSS	IPSS1	شامل موارد IPSS1 تا IPSS6
۲	احساس تخلیه ناکامل مثانه	پروستات- فرم IPSS	IPSS1	۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریبا همیشه
۳	جریان ضعیف ادراری	پروستات- فرم IPSS	IPSS2	۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریبا همیشه
۴	فوریت در دفع ادرار بطوریکه نمی توانستید ان را عقب بیندازید	پروستات- فرم IPSS	IPSS3	۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریبا همیشه
۵	قطع و وصل شدن جریان ادرار در طی ادرار کردن	پروستات- فرم IPSS	IPSS4	۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریبا همیشه
۶	زور زدن برای شروع ادرار کردن	پروستات- فرم IPSS	IPSS5	۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد ۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریبا همیشه
۷	فوریت در دفع ادرار در کمتر از ۲ ساعت از نوبت قبل	پروستات- فرم IPSS	IPSS6	۱. هیچوقت ۲. کمتر از ۱ بار در هر ۵ بار ۳. کمتر از نصف موارد

۴. در حدود نصف دفعات ۵. بیشتر از نصف دفعات ۶. تقریبا همیشه				
۱. خیلی خوب ۲. خوب ۳. قابل قبول ۴. نه خوب نه بد ۵. تقریبا بد ۶. خیلی بد ۷. وحشتناک	IPSS7	پروستات- فرم IPSS	بطور کلی وضعیت ادرار کردن خود را در حال حاضر چگونه توصیف می کنید؟	۸
<b>غربالگری پروستات (مردان)</b>				۹
۱. بلی ۰. خیر	Pscreen1	پروستات- فرم Pscreen	آیا تابحال آزمایش خونی برای چک کردن بیماری پروستات (آنتی ژن اختصاصی پروستات) انجام داده اید ( این آزمایش از طرف برخی از پزشکان برای بررسی وجود بیماری پروستات تجویز می شود)؟	۱۰
عدد (روز. ماه. سال شمسی)	Pscreen2	پروستات- فرم Pscreen	اگر بلی تاریخ آخرین تست	۱۱
۱. بلی ۰. خیر	Pscreen3	پروستات- فرم Pscreen	آیا تابحال اندازه پروستات در بررسی سونوگرافی تشخیص داده شده است؟	۱۲
عدد (روز. ماه. سال شمسی)	Pscreen4	پروستات- فرم Pscreen	اگر بلی تاریخ سونوگرافی (به دقت ماه)	۱۳
عدد	Pscreen4.1	پروستات- فرم Pscreen	در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه	۱۴
۱. بلی ۰. خیر	Pscreen5	پروستات- فرم Pscreen	آیا تابحال پزشک به شما گفته است که یک غده پروستات بزرگ شده دارید؟ ( بزرگی خوش خیم پروستات)؟	۱۵
عدد	Pscreen5-1	پروستات- فرم Pscreen	در صورت وجود شواهد یا اطلاع فرد آخرین اندازه	۱۶
۱. بلی ۰. خیر	Pscreen5-2	پروستات- فرم Pscreen	اگر بلی ، آیا درمانی برای شما انجام شده است؟	۱۷
متن	Pscreen5-3	پروستات- فرم Pscreen	نام داروها ذکر شود	۱۸

پرسشنامه سرگیجه- فرم VR

سرگیجه- فرم VR				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا سرگیجه در طی دو ماه گذشته داشته اید؟ (آیا احساس می کنید خودتان یا اجسام اطراف تان در حال چرخیدن هستند؟)	سرگیجه- فرم VR	VR1	۱. بلی ۰. خیر
۲	آیا در حال حاضر سرگیجه دارید؟	سرگیجه- فرم VR	VR2	۱. بلی ۰. خیر



پرسشنامه زندگی زناشویی - فرم SX

زندگی زناشویی - فرم SX				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا رابطه زناشویی شما کم یا قطع شده است؟	زندگی زناشویی - فرم SX	SX1	۱. بلی ۰. خیر
۲	چه مدت زمانی است رابطه زناشویی شما کم شده است یا ندارید؟	زندگی زناشویی - فرم SX	SX2	عدد(ماه)
۳	میزان رابطه زناشویی	زندگی زناشویی - فرم SX	SX3	۱. هفتگی ۲. ماهیانه ۳. سالانه
۴	تعداد دفعات	زندگی زناشویی - فرم SX	SX4	عدد(تعداد)
۵	علت کاهش رابطه زناشویی چه بوده است	زندگی زناشویی - فرم SX	SX5	<p>۱. کاهش تمایل جنسی و توانایی جنسی</p> <p>۲. اعتیاد به الکل</p> <p>۳. اعتیاد به مواد</p> <p>۴. بیماری های فراگیر</p> <p>۵. مصرف دارو</p> <p>۶. تعارضات و ناسازگاری زوجین</p> <p>۷. مشکلات روحی و روانی (اعصاب، افسردگی، وسواس فکری، مشغله فکری، مشکلات زندگی، مشکلات و دغدغه بیماری فرزندان، فوت نزدیکان)</p> <p>۸. مجرد</p> <p>۹. طلاق</p> <p>۱۰. فوت همسر</p> <p>۱۱. جراحی پروستات (پروستاتکتومی)</p> <p>۱۲. بزرگی خوش خیم پروستات (BPH)</p> <p>۱۳. سرطان پروستات</p> <p>۱۴. اختلال نعوظ، زود انزالی</p> <p>۱۵. سرطان های زنان</p> <p>۱۶. هیستریکتومی</p> <p>۱۷. خشکی واژن و یائسگی</p> <p>۱۸. بیماری های قلبی و عروقی</p> <p>۱۹. دیابت</p>

<p>۲۰. حضور فرزندان، نوه ها</p> <p>۲۱. سرطان مثانه</p> <p>۲۲. بیماری های مغز و اعصاب (تشنج،سکته مغزی، تومور مغزی، فلج مغزی، ALS، آلزایمر، پارکینسون، قطع نخاع)</p> <p>۲۳. کمر درد، گردن درد، دیسک کمر و گردن و هرگونه جراحی دیسک</p> <p>۲۴. سایر بدخیمی ها (روده، لنفوم، خون، ریه)</p> <p>۲۵. سایر</p>				
متن	SX6	زندگی زناشویی - فرم SX	نوع بیماری	۶
متن	SX7	زندگی زناشویی - فرم SX	نوع دارو	۷
متن	SX8	زندگی زناشویی - فرم SX	علت ناسازگاری زوجین	۸
متن	SX9	زندگی زناشویی - فرم SX	علت مشکلات روحی و روانی	۹
متن	SX10	زندگی زناشویی - فرم SX	توضیحات علت کاهش رابطه زناشویی	۱۰

Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه سابقه سایر بیماریها- فرم DH

سابقه سایر بیماریها- فرم DH				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا به حال پزشک به شما گفته است که (نام موارد ذیل برده شود) دارید؟	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH	DH1, DH49
۲	گوارش			
۳	اولسر پپتیک	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1	DH1.1, DH1.6
۴	ابتلا	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1.1	۰. خیر ۱. بلی
۵	سن تشخیص	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1.2	عدد
۶	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1.3	۰. خیر ۱. بلی
۷	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1.4	۰. خیر ۱. بلی
۸	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1.5	۰. خیر ۱. بلی
۹	توضیحات	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH1.6	متن
۱۰	بیماری کرون	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2	DH2.1, DH2.6
۱۱	ابتلا	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2.1	۰. خیر ۱. بلی
۱۲	سن تشخیص	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2.2	عدد
۱۳	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2.3	۰. خیر ۱. بلی
۱۴	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2.4	۰. خیر ۱. بلی
۱۵	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2.5	۰. خیر ۱. بلی
۱۶	توضیحات	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH2.6	متن
۱۷	کبد چرب	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	DH3	

۰. خیر ۱. بلی	DH3.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۸
عدد	DH3.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	DH3.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۰
۰. خیر ۱. بلی	DH3.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	DH3.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۲
متن	DH3.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۳
DH4.1, DH4.6	DH4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سنگ کیسه صفرا	۲۴
۰. خیر ۱. بلی	DH4.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۵
عدد	DH4.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۶
۰. خیر ۱. بلی	DH4.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۷
۰. خیر ۱. بلی	DH4.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۸
۰. خیر ۱. بلی	DH4.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۹
متن	DH4.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۰
DH5.1, DH5.6	DH5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	گوارش ۱	۳۱
۰. خیر ۱. بلی	DH5.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۲
عدد	DH5.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۳
۰. خیر ۱. بلی	DH5.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۴
۰. خیر ۱. بلی	DH5.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۵
۰. خیر ۱. بلی	DH5.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۶

متن	DH5.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۷
DH6.1, DH6.6	DH6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	گوارش ۲	۳۸
۰. خیر ۱. بلی	DH6.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۹
عدد	DH6.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۴۰
۰. خیر ۱. بلی	DH6.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۴۱
۰. خیر ۱. بلی	DH6.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۴۲
۰. خیر ۱. بلی	DH6.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۴۳
متن	DH6.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۴۴
DH7.1, DH7.6	DH7	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	گوارش ۳	۴۵
۰. خیر ۱. بلی	DH7.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۴۶
عدد	DH7.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۴۷
۰. خیر ۱. بلی	DH7.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۴۸
۰. خیر ۱. بلی	DH7.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۴۹
۰. خیر ۱. بلی	DH7.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۵۰
متن	DH7.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۵۱
DH8.1, DH8.6	DH8	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	گوارش ۴	۵۲
۰. خیر ۱. بلی	DH8.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۵۳
عدد	DH8.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۵۴
۰. خیر ۱. بلی	DH8.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۵۵

۰. خیر ۱. بلی	DH8.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۵۶
۰. خیر ۱. بلی	DH8.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۵۷
متن	DH8.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۵۸
DH9.1, DH9.6	DH9	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	گوارش ۵	۵۹
۰. خیر ۱. بلی	DH9.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۶۰
عدد	DH9.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۶۱
۰. خیر ۱. بلی	DH9.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۶۲
۰. خیر ۱. بلی	DH9.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۶۳
۰. خیر ۱. بلی	DH9.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۶۴
متن	DH9.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۶۵
<b>سرطان</b>				۶۶
DH10.1, DH10.6	DH10	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ریه	۶۷
۰. خیر ۱. بلی	DH10.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۶۸
عدد	DH10.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۶۹
۰. خیر ۱. بلی	DH10.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۷۰
۰. خیر ۱. بلی	DH10.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۷۱
۰. خیر ۱. بلی	DH10.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۷۲
متن	DH10.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۷۳
DH11.1, DH11.1	DH11	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	معدده	۷۴
۰. خیر ۱. بلی	DH11.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۷۵

عدد	DH11.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۷۶
۰. خیر ۱. بلی	DH11.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۷۷
۰. خیر ۱. بلی	DH11.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۷۸
۰. خیر ۱. بلی	DH11.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۷۹
متن	DH11.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۸۰
DH12.1, DH12.1	DH12	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	مری	۸۱
۰. خیر ۱. بلی	DH12.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۸۲
عدد	DH12.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۸۳
۰. خیر ۱. بلی	DH12.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۸۴
۰. خیر ۱. بلی	DH12.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۸۵
۰. خیر ۱. بلی	DH12.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۸۶
متن	DH12.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۸۷
DH13.1, DH13.6	DH13	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	پستان	۸۸
۰. خیر ۱. بلی	DH13.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۸۹
عدد	DH13.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۹۰
۰. خیر ۱. بلی	DH13.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۹۱
۰. خیر ۱. بلی	DH13.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۹۲
۰. خیر ۱. بلی	DH13.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۹۳
متن	DH13.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۹۴

DH14.1, DH14.6	DH14	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	پروستات	۹۵
۰. خیر ۱. بلی	DH14.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۹۶
عدد	DH14.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۹۷
۰. خیر ۱. بلی	DH14.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۹۸
۰. خیر ۱. بلی	DH14.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۹۹
۰. خیر ۱. بلی	DH14.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۰۰
متن	DH14.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۰۱
DH15.1, DH15.6	DH15	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	کولورکتال	۱۰۲
۰. خیر ۱. بلی	DH15.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۰۳
عدد	DH15.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۰۴
۰. خیر ۱. بلی	DH15.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۰۵
۰. خیر ۱. بلی	DH15.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۰۶
۰. خیر ۱. بلی	DH15.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۰۷
متن	DH15.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۰۸
DH16.1, DH16.6	DH16	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سرطان ۱	۱۰۹
۰. خیر ۱. بلی	DH16.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۱۰
عدد	DH16.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۱۱
۰. خیر ۱. بلی	DH16.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۱۲
۰. خیر ۱. بلی	DH16.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۱۳

۰. خیر ۱. بلی	DH16.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۱۴
متن	DH16.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۱۵
DH17.1, DH17.6	DH17	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سرطان ۲	۱۱۶
۰. خیر ۱. بلی	DH17.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۱۷
عدد	DH17.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۱۸
۰. خیر ۱. بلی	DH17.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۱۹
۰. خیر ۱. بلی	DH17.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۲۰
۰. خیر ۱. بلی	DH17.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۲۱
متن	DH17.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۲۲
DH18.1, DH18.6	DH18	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سرطان ۳	۱۲۳
۰. خیر ۱. بلی	DH18.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۲۴
عدد	DH18.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۲۵
۰. خیر ۱. بلی	DH18.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۲۶
۰. خیر ۱. بلی	DH18.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۲۷
۰. خیر ۱. بلی	DH18.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۲۸
متن	DH18.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۲۹
DH19.1, DH19.6	DH19	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سرطان ۴	۱۳۰
۰. خیر ۱. بلی	DH19.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۳۱
عدد	DH19.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۳۲

۰. خیر ۱. بلی	DH19.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۳۳
۰. خیر ۱. بلی	DH19.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۳۴
۰. خیر ۱. بلی	DH19.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۳۵
متن	DH19.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۳۶
DH20.1, DH20.6	DH20	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سرطان ۵	۱۳۷
۰. خیر ۱. بلی	DH20.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۳۸
عدد	DH20.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۳۹
۰. خیر ۱. بلی	DH20.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۴۰
۰. خیر ۱. بلی	DH20.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۴۱
۰. خیر ۱. بلی	DH20.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۴۲
متن	DH20.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۴۳
		غدد و متابولیسم		۱۴۴
DH21.1, DH21.6	DH21	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دیابت نوع ۱	۱۴۵
۰. خیر ۱. بلی	DH21.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۴۶
عدد	DH21.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۴۷
۰. خیر ۱. بلی	DH21.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۴۸
۰. خیر ۱. بلی	DH21.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۴۹
۰. خیر ۱. بلی	DH21.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۵۰
متن	DH21.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۵۱
DH22.1, DH22.6	DH22	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دیابت نوع ۲	۱۵۲

۰. خیر ۱. بلی	DH22.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۵۳
عدد	DH22.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۵۴
۰. خیر ۱. بلی	DH22.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۵۵
۰. خیر ۱. بلی	DH22.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۵۶
۰. خیر ۱. بلی	DH22.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۵۷
متن	DH22.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۵۸
DH23.1, DH23.6	DH23	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	کم کاری تیروئید	۱۵۹
۰. خیر ۱. بلی	DH23.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۶۰
عدد	DH23.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۶۱
۰. خیر ۱. بلی	DH23.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۶۲
۰. خیر ۱. بلی	DH23.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۶۳
۰. خیر ۱. بلی	DH23.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۶۴
متن	DH23.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۶۵
DH24.1, DH24.6	DH24	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	پر کاری تیروئید	۱۶۶
۰. خیر ۱. بلی	DH24.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۶۷
عدد	DH24.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۶۸
۰. خیر ۱. بلی	DH24.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۶۹
۰. خیر ۱. بلی	DH24.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۷۰
۰. خیر ۱. بلی	DH24.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۷۱

متن	DH24.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۷۲
DH25.1, DH25.6	DH25	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری غدد ۱	۱۷۳
۰. خیر ۱. بلی	DH25.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۷۴
عدد	DH25.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۷۵
۰. خیر ۱. بلی	DH25.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۷۶
۰. خیر ۱. بلی	DH25.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۷۷
۰. خیر ۱. بلی	DH25.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۷۸
متن	DH25.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۷۹
DH26.1, DH26.6	DH26	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری غدد ۲	۱۸۰
۰. خیر ۱. بلی	DH26.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۸۱
عدد	DH26.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۸۲
۰. خیر ۱. بلی	DH26.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۸۳
۰. خیر ۱. بلی	DH26.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۸۴
۰. خیر ۱. بلی	DH26.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۸۵
متن	DH26.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۸۶
DH27.1, DH27.6	DH27	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری غدد ۳	۱۸۷
۰. خیر ۱. بلی	DH27.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۸۸
عدد	DH27.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۸۹
۰. خیر ۱. بلی	DH27.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۹۰

۰. خیر ۱. بلی	DH27.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۹۱
۰. خیر ۱. بلی	DH27.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۹۲
متن	DH27.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۱۹۳
DH28.1, DH28.6	DH28	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری غدد ۴	۱۹۴
۰. خیر ۱. بلی	DH28.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۱۹۵
عدد	DH28.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۱۹۶
۰. خیر ۱. بلی	DH28.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۹۷
۰. خیر ۱. بلی	DH28.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۹۸
۰. خیر ۱. بلی	DH28.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۱۹۹
متن	DH28.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۰۰
DH29.1, DH29.6	DH29	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری غدد ۵	۲۰۱
۰. خیر ۱. بلی	DH29.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۰۲
عدد	DH29.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۰۳
۰. خیر ۱. بلی	DH29.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۰۴
۰. خیر ۱. بلی	DH29.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۰۵
۰. خیر ۱. بلی	DH29.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۰۶
متن	DH29.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۰۷
<b>سیستم اداری</b>				۲۰۸
DH30.1, DH30.6	DH30	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سنگ کلیه	۲۰۹
۰. خیر ۱. بلی	DH30.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۱۰

عدد	DH30.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۱۱
۰. خیر ۱. بلی	DH30.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۱۲
۰. خیر ۱. بلی	DH30.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۱۳
۰. خیر ۱. بلی	DH30.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۱۴
متن	DH30.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۱۵
DH31.1, DH31.6	DH31	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	نارسایی کلیه	۲۱۶
۰. خیر ۱. بلی	DH31.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۱۷
عدد	DH31.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۱۸
۰. خیر ۱. بلی	DH31.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۱۹
۰. خیر ۱. بلی	DH31.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۲۰
۰. خیر ۱. بلی	DH31.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۲۱
متن	DH31.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۲۲
DH32.1, DH32.6	DH32	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بی اختیاری ادراری	۲۲۳
۰. خیر ۱. بلی	DH32.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۲۴
عدد	DH32.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۲۵
۰. خیر ۱. بلی	DH32.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۲۶
۰. خیر ۱. بلی	DH32.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۲۷
۰. خیر ۱. بلی	DH32.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۲۸
متن	DH32.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۲۹

DH33.1, DH33.6	DH33	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ادراری ۱	۲۳۰
۰. خیر ۱. بلی	DH33.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۳۱
عدد	DH33.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۳۲
۰. خیر ۱. بلی	DH33.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۳۳
۰. خیر ۱. بلی	DH33.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۳۴
۰. خیر ۱. بلی	DH33.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۳۵
متن	DH33.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۳۶
DH34.1, DH34.6	DH34	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ادراری ۲	۲۳۷
۰. خیر ۱. بلی	DH34.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۳۸
عدد	DH34.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۳۹
۰. خیر ۱. بلی	DH34.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۴۰
۰. خیر ۱. بلی	DH34.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۴۱
۰. خیر ۱. بلی	DH34.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۴۲
متن	DH34.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۴۳
DH35.1, DH35.6	DH35	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ادراری ۳	۲۴۴
۰. خیر ۱. بلی	DH35.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۴۵
عدد	DH35.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۴۶
۰. خیر ۱. بلی	DH35.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۴۷
۰. خیر ۱. بلی	DH35.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۴۸

۰. خیر ۱. بلی	DH35.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۴۹
متن	DH35.6		توضیحات	۲۵۰
DH36.1, DH36.6	DH36	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ادراری ۴	۲۵۱
۰. خیر ۱. بلی	DH36.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۵۲
عدد	DH36.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۵۳
۰. خیر ۱. بلی	DH36.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۵۴
۰. خیر ۱. بلی	DH36.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۵۵
۰. خیر ۱. بلی	DH36.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۵۶
متن	DH36.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۵۷
DH37.1, DH37.6	DH37	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ادراری ۵	۲۵۸
۰. خیر ۱. بلی	DH37.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۵۹
عدد	DH37.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۶۰
۰. خیر ۱. بلی	DH37.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۶۱
۰. خیر ۱. بلی	DH37.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۶۲
۰. خیر ۱. بلی	DH37.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۶۳
متن	DH37.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۶۴
<b>روانپزشکی</b>				۲۶۵
DH38.1, DH38.6	DH38	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	افسردگی	۲۶۶
۰. خیر ۱. بلی	DH38.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۶۷
عدد	DH38.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۶۸

۰. خیر ۱. بلی	DH38.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۶۹
۰. خیر ۱. بلی	DH38.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۷۰
۰. خیر ۱. بلی	DH38.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۷۱
متن	DH38.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۷۲
DH39.1, DH39.6	DH39	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	اضطراب	۲۷۳
۰. خیر ۱. بلی	DH39.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۷۴
عدد	DH39.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۷۵
۰. خیر ۱. بلی	DH39.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۷۶
۰. خیر ۱. بلی	DH39.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۷۷
۰. خیر ۱. بلی	DH39.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۷۸
متن	DH39.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۷۹
DH40.1, DH40.6	DH40	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	روان ۱	۲۸۰
۰. خیر ۱. بلی	DH40.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۸۱
عدد	DH40.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۸۲
۰. خیر ۱. بلی	DH40.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۸۳
۰. خیر ۱. بلی	DH40.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۸۴
۰. خیر ۱. بلی	DH40.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۸۵
متن	DH40.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۸۶
DH41.1, DH41.6	DH41	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	روان ۲	۲۸۷

۰. خیر ۱. بلی	DH41.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۸۸
عدد	DH41.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۸۹
۰. خیر ۱. بلی	DH41.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۹۰
۰. خیر ۱. بلی	DH41.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۹۱
۰. خیر ۱. بلی	DH41.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۹۲
متن	DH41.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۲۹۳
DH42.1, DH42.6	DH42	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	روان ۳	۲۹۴
۰. خیر ۱. بلی	DH42.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۲۹۵
عدد	DH42.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۲۹۶
۰. خیر ۱. بلی	DH42.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۹۷
۰. خیر ۱. بلی	DH42.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۹۸
۰. خیر ۱. بلی	DH42.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۲۹۹
متن	DH42.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۰۰
DH43.1, DH43.6	DH43	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	روان ۴	۳۰۱
۰. خیر ۱. بلی	DH43.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۰۲
عدد	DH43.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۰۳
۰. خیر ۱. بلی	DH43.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۰۴
۰. خیر ۱. بلی	DH43.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۰۵
۰. خیر ۱. بلی	DH43.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۰۶

متن	DH43.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۰۷
DH44.1, DH44.6	DH44	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	روان ۵	۳۰۸
۰. خیر ۱. بلی	DH44.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۰۹
عدد	DH44.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۱۰
۰. خیر ۱. بلی	DH44.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۱۱
۰. خیر ۱. بلی	DH44.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۱۲
۰. خیر ۱. بلی	DH44.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۱۳
متن	DH44.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۱۴
<b>سایر بیماری ها</b>				۳۱۵
DH45.1, DH45.6	DH45	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ۱	۳۱۶
۰. خیر ۱. بلی	DH45.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۱۷
عدد	DH45.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۱۸
۰. خیر ۱. بلی	DH45.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۱۹
۰. خیر ۱. بلی	DH45.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۲۰
۰. خیر ۱. بلی	DH45.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۲۱
متن	DH45.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۲۲
DH46.1, DH46.6	DH46	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ۲	۳۲۳
۰. خیر ۱. بلی	DH46.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۲۴
عدد	DH46.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۲۵
۰. خیر ۱. بلی	DH46.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۲۶

۰. خیر ۱. بلی	DH46.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۲۷
۰. خیر ۱. بلی	DH46.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۲۸
متن	DH46.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۲۹
DH47.1, DH47.6	DH47	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ۳	۳۳۰
۰. خیر ۱. بلی	DH47.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۳۱
عدد	DH47.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۳۲
۰. خیر ۱. بلی	DH47.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۳۳
۰. خیر ۱. بلی	DH47.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۳۴
۰. خیر ۱. بلی	DH47.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۳۵
متن	DH47.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۳۶
DH48.1, DH48.6	DH48	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ۴	۳۳۷
۰. خیر ۱. بلی	DH48.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۳۸
عدد	DH48.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۳۹
۰. خیر ۱. بلی	DH48.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۴۰
۰. خیر ۱. بلی	DH48.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۴۱
۰. خیر ۱. بلی	DH48.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۴۲
متن	DH48.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۴۳
DH49.1, DH49.6	DH49	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بیماری ۵	۳۴۴
۰. خیر ۱. بلی	DH49.1	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	ابتلا	۳۴۵

عدد	DH49.2	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	سن تشخیص	۳۴۶
۰. خیر ۱. بلی	DH49.3	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۴۷
۰. خیر ۱. بلی	DH49.4	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۴۸
۰. خیر ۱. بلی	DH49.5	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک شب	۳۴۹
متن	DH49.6	سابقه سایر بیماریها- فرم DH	توضیحات	۳۵۰

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه سابقه مصرف داروها- فرم DU

سابقه مصرف داروها- فرم DU				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا سابقه مصرف دارو داشته اید؟	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU1	۰. خیر ۱. بلی
۲	نام مکمل	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU2	گزینه های متعدد
۳	نوع مصرف	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU3	۱. روزانه ۲. هفتگی ۳. ماهانه
۴	دفعات مصرف	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU4	عدد
۵	مدت مصرف (روز در هفته)	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU5	عدد
۶	مدت مصرف (هفته در ماه)	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU6	عدد
۷	مدت مصرف (ماه در سال)	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU7	عدد
۸	مدت (سال)	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU8	عدد
۹	توضیحات	سابقه مصرف داروها- فرم DU	DU9	متن

پرسشنامه مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp

مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا سابقه مصرف مکمل را داشته اید؟	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP1	۱. بلی ۰. خیر
۲	نام مکمل	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP2	گزینه های متعدد
۳	نوع مصرف	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP3	۱. روزانه ۲. هفتگی ۳. ماهانه
۴	دفعات مصرف	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP4	عدد
۵	مدت مصرف (روز در هفته)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP5	عدد
۶	مدت مصرف (هفته در ماه)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP6	عدد
۷	مدت مصرف (ماه در سال)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP7	عدد
۸	مدت (سال)	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP8	عدد
۹	توضیحات	مصرف مکمل های خوراکی - فرم Supp	SUPP9	متن

## بخش پرستاری

### پرسشنامه سالمند آزاری – فرم ELAB

سالمند آزاری – فرم ELAB				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا در طول ۱۲ ماه گذشته برای کارهایی مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، خرید کردن، پخت و پز به فرد دیگری وابسته بوده اید؟	سالمند آزاری – فرم ELAB	ELAB1	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۲	آیا در طول ۱۲ ماه گذشته کسی شما را از غذا خوردن، لباس پوشیدن، خوردن دارو، پوشیدن عینک یا سمک تان، مراقبت درمانی یا بودن با افرادی که دوست دارید، منع کرده است؟	سالمند آزاری – فرم ELAB	ELAB2	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۳	آیا در طول ۱۲ ماه گذشته کسی با حس تهدید یا شرم با شما صحبت کرده است، که باعث ناراحتی یا آشفتگی شدنتان شود؟	سالمند آزاری – فرم ELAB	ELAB3	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۴	آیا در طول ۱۲ ماه گذشته کسی شما را مجبور کرده است که بر خلاف میل تان برگیه ای را امضا کنید و یا از پول شما استفاده کند؟	سالمند آزاری – فرم ELAB	ELAB4	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۵	آیا در طول ۱۲ ماه گذشته، کسی به شما آسیب جسمانی رسانده است؟	سالمند آزاری – فرم ELAB	ELAB5	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ

پرسشنامه شکستگی استخوان - فرم Frac

شکستگی استخوان - فرم Frac				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا بحال شکستگی استخوان داشته اید؟	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac1	۰. خیر ۱. بلی
۲	اگر بلی در کدام ناحیه این شکستگی روی داده است؟	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac	
۳	شکستگی های متعدد	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac2	
۴	وقوع شکستگی	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac2-1	۰. خیر ۱. بلی
۵	سن تشخیص	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac2-2	عدد
۶	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac2-3	۰. خیر ۱. بلی
۷	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac2-4	۰. خیر ۱. بلی
۸	توضیحات	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac2-5	متن
۹	کاسه چشم	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac3	
۱۰	وقوع شکستگی	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac3-1	۰. خیر ۱. بلی
۱۱	سن تشخیص	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac3-2	عدد
۱۲	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac3-3	۰. خیر ۱. بلی
۱۳	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac3-4	۰. خیر ۱. بلی
۱۴	توضیحات	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac3-5	متن
۱۵	سر	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac4	
۱۶	وقوع شکستگی	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac4-1	۰. خیر ۱. بلی
۱۷	سن تشخیص	شکستگی استخوان - فرم Frac	Frac4-2	عدد

۰. خیر ۱. بلی	Frac4-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۸
۰. خیر ۱. بلی	Frac4-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۹
متن	Frac4-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۲۰
	Frac5	شکستگی استخوان- فرم Frac	گردن	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac5-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۲۲
عدد	Frac5-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	Frac5-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۲۴
۰. خیر ۱. بلی	Frac5-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۲۵
متن	Frac5-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۲۶
	Frac6	شکستگی استخوان- فرم Frac	شانه، بازو	۲۷
۰. خیر ۱. بلی	Frac6-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۲۸
عدد	Frac6-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۲۹
۰. خیر ۱. بلی	Frac6-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۰
۰. خیر ۱. بلی	Frac6-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۱
متن	Frac6-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۳۲
	Frac7	شکستگی استخوان- فرم Frac	آرنج، ساعد	۳۳
۰. خیر ۱. بلی	Frac7-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۳۴
عدد	Frac7-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۳۵
۰. خیر ۱. بلی	Frac7-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۳۶

۰. خیر ۱. بلی	Frac7-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۳۷
متن	Frac7-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۳۸
	Frac8	شکستگی استخوان- فرم Frac	مچ دست، دست	۳۹
۰. خیر ۱. بلی	Frac8-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۴۰
عدد	Frac8-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۴۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac8-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۴۲
۰. خیر ۱. بلی	Frac8-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۴۳
متن	Frac8-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۴۴
	Frac9	شکستگی استخوان- فرم Frac	لگن	۴۵
۰. خیر ۱. بلی	Frac9-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۴۶
عدد	Frac9-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۴۷
۰. خیر ۱. بلی	Frac9-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۴۸
۰. خیر ۱. بلی	Frac9-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۴۹
متن	Frac9-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۵۰
	Frac10	شکستگی استخوان- فرم Frac	ران	۵۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac10-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۵۲
عدد	Frac10-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۵۳
۰. خیر ۱. بلی	Frac10-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۵۴
۰. خیر ۱. بلی	Frac10-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۵۵

متن	Frac10-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۵۶
	Frac11	شکستگی استخوان- فرم Frac	زانو، ساق پا	۵۷
۰. خیر ۱. بلی	Frac11-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۵۸
عدد	Frac11-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۵۹
۰. خیر ۱. بلی	Frac11-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۶۰
۰. خیر ۱. بلی	Frac11-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۶۱
متن	Frac11-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۶۲
	Frac12	شکستگی استخوان- فرم Frac	مچ پا، پا	۶۳
۰. خیر ۱. بلی	Frac12-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۶۴
عدد	Frac12-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۶۵
۰. خیر ۱. بلی	Frac12-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۶۶
۰. خیر ۱. بلی	Frac12-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۶۷
متن	Frac12-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۶۸
	Frac13	شکستگی استخوان- فرم Frac	ستون فقرات	۶۹
۰. خیر ۱. بلی	Frac13-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۷۰
عدد	Frac13-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۷۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac13-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۷۲
۰. خیر ۱. بلی	Frac13-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۷۳
متن	Frac13-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۷۴

	Frac14	شکستگی استخوان- فرم Frac	دنده	۷۵
۰. خیر ۱. بلی	Frac14-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۷۶
عدد	Frac14-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۷۷
۰. خیر ۱. بلی	Frac14-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۷۸
۰. خیر ۱. بلی	Frac14-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۷۹
متن	Frac14-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۸۰
	Fac15	شکستگی استخوان- فرم Frac	Abdomen or Pelvis	۸۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac15-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۸۲
عدد	Frac15-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۸۳
۰. خیر ۱. بلی	Frac15-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۸۴
۰. خیر ۱. بلی	Frac15-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۸۵
متن	Frac15-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۸۶
	Frac16	شکستگی استخوان- فرم Frac	شکستگی ۱	۸۷
۰. خیر ۱. بلی	Frac16-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۸۸
عدد	Frac16-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۸۹
۰. خیر ۱. بلی	Frac16-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۹۰
۰. خیر ۱. بلی	Frac16-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۹۱
متن	Frac16-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۹۲
	Frac17	شکستگی استخوان- فرم Frac	شکستگی ۲	۹۳

۰. خیر ۱. بلی	Frac17-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۹۴
عدد	Frac17-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۹۵
۰. خیر ۱. بلی	Frac17-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۹۶
۰. خیر ۱. بلی	Frac17-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۹۷
متن	Frac17-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۹۸
	Frac18	شکستگی استخوان- فرم Frac	شکستگی ۳	۹۹
۰. خیر ۱. بلی	Frac18-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۱۰۰
عدد	Frac18-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۱۰۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac18-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۰۲
۰. خیر ۱. بلی	Frac18-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۰۳
متن	Frac18-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۱۰۴
	Frac19	شکستگی استخوان- فرم Frac	شکستگی ۴	۱۰۵
۰. خیر ۱. بلی	Frac19-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۱۰۶
عدد	Frac19-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۱۰۷
۰. خیر ۱. بلی	Frac19-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۰۸
۰. خیر ۱. بلی	Frac19-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۰۹
متن	Frac19-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۱۱۰
	Frac20	شکستگی استخوان- فرم Frac	شکستگی ۵	۱۱۱
۰. خیر ۱. بلی	Frac20-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	وقوع شکستگی	۱۱۲

عدد	Frac20-2	شکستگی استخوان- فرم Frac	سن تشخیص	۱۱۳
۰. خیر ۱. بلی	Frac20-3	شکستگی استخوان- فرم Frac	دریافت درمان در ۱۲ ماه گذشته	۱۱۴
۰. خیر ۱. بلی	Frac20-4	شکستگی استخوان- فرم Frac	محدودیت در فعالیت بخاطر این مشکل	۱۱۵
متن	Frac20-5	شکستگی استخوان- فرم Frac	توضیحات	۱۱۶
۱. افتادن ۲. تصادف ۳. سایر	Frac21	شکستگی استخوان- فرم Frac	علت شکستگی چه بوده است؟	۱۱۷
متن	Frac21-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	سایر عوامل شکستگی	۱۱۸
۱. بلی ۲. خیر ۹۹۹. نمی دانم	Frac22	شکستگی استخوان- فرم Frac	آیا مادر تان دچار شکستگی لگن شده است؟	۱۱۹
متن	Frac22-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	اگر بلی مادر تان چند ساله بود وقتی که دچار شکستگی لگن شد؟	۲۰۰
۱. بلی ۲. خیر ۹۹۹. نمی دانم	Frac23	شکستگی استخوان- فرم Frac	آیا پدر تان دچار شکستگی لگن شده است؟	۲۰۱
متن	Frac23-1	شکستگی استخوان- فرم Frac	اگر بلی پدرتان بهنگام شکستگی لگن چند سال داشت؟	۲۰۲

پرسشنامه استئوپروز - فرم Osteo

استئوپروز - فرم Osteo				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان شده اید؟	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo1	۱. بلی ۰. خیر
۲	در چه سنی برای اولین بار به شما گفته شد که پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان دارید؟	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo2	عدد (سال)
۳	ملاک تشخیصی ان چه بوده است؟	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo3	۱. رادیوگرافی ۲. دانسیتومتری ۳. سایر
۴	سایر ملاک های تشخیص پزشک برای ابتلا به پوکی استخوان/ کاهش تراکم استخوان	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo4	متن
۵	آیا تا بحال برای مشکل پوکی استخوان دارویی مصرف نموده اید؟	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo5	۱. بلی ۰. خیر
۶	آیا در حال حاضر هر گونه دارویی برای مشکل پوکی استخوان استفاده می کنید؟	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo6	۱. بلی ۰. خیر
۷	اگر بلی می توانید نام داروهای مصرفی برای مشکلاتان را نام ببرید یا نشان دهید.	استئوپروز- فرم Osteo	Osteo7	متن

Ardakan Longitudinal Study on Aging

پرسشنامه سقوط (زمین خوردن) – فرم Fall

سقوط (زمین خوردن) – فرم Fall				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته زمین خورده اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall1	۱. بلی ۰. خیر
۲	در طی ۱۲ ماه گذشته چند بار زمین خورده اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall2	عدد
۳	آیا حداقل یکی از این زمین خوردن ها بدون دلیل خاصی بوده است؟	سقوط – فرم Fall	Fall3	۱. بلی ۰. خیر
۴	آیا در طی ۱۲ ماه گذشته بخاطر زمین خوردن به مراکز درمانی / پزشک مراجعه نموده اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall4	۱. بلی ۰. خیر
۵	در طی ۱۲ ماه گذشته آیا بدنبال زمین خوردن دچار شکستگی شده است؟	سقوط – فرم Fall	Fall5	۱. بلی ۰. خیر
۶	آیا بدنبال زمین خوردگی دچار جراحت/ صدمه دیگری شده اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall6	۱. بلی ۰. خیر
۷	اگر بلی چه صدمه ای؟	سقوط – فرم Fall	Fall7	متن
۸	آیا بدنبال زمین خوردگی در بیمارستان بستری شده اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall8	۱. بلی ۰. خیر
۹	اگر بلی تاریخ ان؟	سقوط – فرم Fall	Fall9	عدد (روز، ماه، سال شمسی)
۱۰	آیا تا بحال غش/ ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall10	۱. بلی ۰. خیر
۱۱	در طی ۱۲ ماه گذشته چندبار غش/ضعف کرده اید یا موقتا از حال رفته اید؟	سقوط – فرم Fall	Fall11	عدد
۱۲	آیا از اینکه زمین بخورید می ترسید؟	سقوط – فرم Fall	Fall12	۱. تا حدودی ۲. خیلی زیاد ۳. خیر
۱۳	آیا بخاطر ترس از زمین خوردن فعالیتهای شما محدود شده است (انجام کار یا رفتن به جایی)؟	سقوط – فرم Fall	Fall13	۱. بلی ۰. خیر
	وقتی راه می روید احساس:	سقوط – فرم Fall	Fall14	۱. تعادل می کنید ۲. کمی عدم تعادل می کنید ۳. عدم تعادل زیادی می کنید ۹۹۹. نمی دانم
	وقتی می ایستید احساس:	سقوط – فرم Fall	Fall15	۱. تعادل می کنید ۲. کمی عدم تعادل می کنید ۳. عدم تعادل زیادی می کنید

۹۹۹. نمی دائم				
۲. تعادل می کنید ۳. کمی عدم تعادل می کنید ۳. عدم تعادل زیادی می کنید ۹۹۹. نمی دائم	Fall16	Fall سقوط- فرم	وقتی از صندلی بلند می شوید احساس:	

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه تعویض مفصل – فرم Joint

تعویض مفصل - فرم Joint				
ردیف	آیتم / سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تابحال تعویض مفصل داشته اید؟	تعویض مفصل - فرم Joint	Joint1	۱. بلی ۰. خیر
۲	اگر بلی سن تعویض مفصل؟	تعویض مفصل - فرم Joint	Joint2	عدد (سال)
۳	اگر بلی کدام مفصل شما تعویض شده است؟	تعویض مفصل - فرم Joint	Joint3	۱. هیپ یکطرفه ۲. هیپ دو طرفه ۳. زانو یکطرفه ۴. زانو دو طرفه
۴	دلیل این تعویض مفصل چه بوده است؟	تعویض مفصل - فرم Joint	Joint4	۱. آرتروز ۲. شکستگی ۳. آرتروز و شکستگی ۹۹۹. نمی دانم ۵. سایر
۵	توضیحات علت تعویض مفصل	تعویض مفصل - فرم Joint	Joint5	متن

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه سابقه جراحی - فرم Surg

سابقه جراحی - فرم Surg				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا سابقه عمل جراحی داشته اید؟	سابقه جراحی - فرم Surg	Surg1	۱. بلی ۰. خیر
۲	نوع عمل جراحی	سابقه جراحی - فرم Surg	Surg2	متن
۳	سن عمل جراحی	سابقه جراحی - فرم Surg	Surg3	عدد
۴	توضیحات	سابقه جراحی - فرم Surg	Surg4	متن
۵	هر چند وقت یکبار مشکلات زیر را تجربه می کنید؟	پرستاری - فرم Complain	Complain	شامل موارد Complain1 تا Complain6
۶	خونریزی لثه	پرستاری - فرم Complain	Complain1	۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه
۷	اشکال در بلع	پرستاری - فرم Complain	Complain2	۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه
۸	ریفلاکس/سوزش سر دل	پرستاری - فرم Complain	Complain3	۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه
۹	یبوست	پرستاری - فرم Complain	Complain4	۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه
۱۰	نفخ/گازهای روده ای	پرستاری - فرم Complain	Complain5	۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه

۱. هرگز ۲. بیشتر روزها ۳. هفتگی ۴. دو هفتگی ۵. ماهانه	Complain6	پرستاری- فرم Complain	اسهال	۱۱
۱. روزانه ۲. هفتگی	Surg5	پرستاری- فرم Complain	نوع اجابت مزاج را تعیین نمایید	۱۲
عدد	Surg6	پرستاری- فرم Complain	تعداد اجابت مزاج در هر بار	۱۳

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه تاریخچه باروری (مختص زنان) - فرم R

تاریخچه باروری (مختص زنان) - فرم R				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	سن شروع قاعدگی (به سال)	تاریخچه باروری - فرم R	R1	عدد (سال)
۲	سن یائسگی (به سال)	تاریخچه باروری - فرم R	R2	عدد (سال)
۳	آیا منوپوز (یائسگی) بطور طبیعی بوده است؟	تاریخچه باروری - فرم R	R3	۱. بلی ۰. خیر ۲. یائسه نشده
۴	تعداد حاملگی های قبلی	تاریخچه باروری - فرم R	R4	عدد
۵	تعداد زایمان های مولید زنده	تاریخچه باروری - فرم R	R5	عدد
۶	سابقه مرده زایی	تاریخچه باروری - فرم R	R6	۱. بلی ۰. خیر
۷	سابقه تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	تاریخچه باروری - فرم R	R7	۱. بلی ۰. خیر
۸	سابقه حاملگی خارج رحمی	تاریخچه باروری - فرم R	R8	۱. بلی ۰. خیر
۹	سن مادر بهنگام اولین حاملگی	تاریخچه باروری - فرم R	R9	عدد (سال)
۱۰	سن مادر بهنگام آخرین حاملگی	تاریخچه باروری - فرم R	R10	عدد (سال)
۱۱	سن مادر هنگام اولین تولد نوزاد زنده	تاریخچه باروری - فرم R	R11	عدد (سال)
۱۲	تعداد سقط	تاریخچه باروری - فرم R	R12	عدد (تعداد)
۱۳	سن بهنگام اولین سقط	تاریخچه باروری - فرم R	R13	عدد (سال)
۱۴	مجموع مدت شیردهی (برحسب ماه)	تاریخچه باروری - فرم R	R14	شامل موارد R14-1 تا R14-12
۱۵	فرزند اول	تاریخچه باروری - فرم R	R14-1	عدد(ماه)
۱۶	شیردهی	تاریخچه باروری - فرم R	R14-1-1	۱. بلی ۰. خیر
۱۷	مدت شیردهی	تاریخچه باروری - فرم R	R14-1-2	عدد(ماه)
۱۸	توضیحات	تاریخچه باروری - فرم R	R14-1-3	متن

عدد(ماه)	R14-2	تاریخچه باروری- فرم R	فرزند دوم	۱۹
۱.بلی ۰.خیر	R14-2-1	تاریخچه باروری- فرم R	شیردهی	۲۰
عدد(ماه)	R14-2-2	تاریخچه باروری- فرم R	مدت شیردهی	۲۱
متن	R14-2-3	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۲۲
عدد(ماه)	R14-3	تاریخچه باروری- فرم R	فرزند سوم	۲۳
۱.بلی ۰.خیر	R14-3-1	تاریخچه باروری- فرم R	شیردهی	۲۴
عدد(ماه)	R14-3-2	تاریخچه باروری- فرم R	مدت شیردهی	۲۵
متن	R14-3-3	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۲۶
عدد(ماه)	R14-4	تاریخچه باروری- فرم R	فرزند چهارم	۲۷
۱.بلی ۰.خیر	R14-4-1	تاریخچه باروری- فرم R	شیردهی	۲۸
عدد(ماه)	R14-4-2	تاریخچه باروری- فرم R	مدت شیردهی	۲۹
متن	R14-4-3	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۳۰
عدد(ماه)	R14-5	تاریخچه باروری- فرم R	فرزند پنجم	۳۱
۱.بلی ۰.خیر	R14-5-1	تاریخچه باروری- فرم R	شیردهی	۳۲
عدد(ماه)	R14-5-2	تاریخچه باروری- فرم R	مدت شیردهی	۳۳
متن	R14-5-3	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۳۴
عدد(ماه)	R14-6	تاریخچه باروری- فرم R	فرزند ششم	۳۵
۱.بلی ۰.خیر	R14-6-1	تاریخچه باروری- فرم R	شیردهی	۳۶
عدد(ماه)	R14-6-2	تاریخچه باروری- فرم R	مدت شیردهی	۳۷
متن	R14-6-3	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۳۸
عدد(ماه)	R14-7	تاریخچه باروری- فرم R	فرزند هفتم	۳۹

۱.بلی ۰.خیر	R14-7-1	تاریخچه باروری - فرم R	شیردهی	۴۰
عدد(ماه)	R14-7-2	تاریخچه باروری - فرم R	مدت شیردهی	۴۱
متن	R14-7-3	تاریخچه باروری - فرم R	توضیحات	۴۲
عدد(ماه)	R14-8	تاریخچه باروری - فرم R	فرزند هشتم	۴۳
۱.بلی ۰.خیر	R14-8-1	تاریخچه باروری - فرم R	شیردهی	۴۴
عدد(ماه)	R14-8-2	تاریخچه باروری - فرم R	مدت شیردهی	۴۵
متن	R14-8-3	تاریخچه باروری - فرم R	توضیحات	۴۶
عدد(ماه)	R14-9	تاریخچه باروری - فرم R	فرزند نهم	۴۷
۱.بلی ۰.خیر	R1-9-1	تاریخچه باروری - فرم R	شیردهی	۴۸
عدد(ماه)	R14-9-2	تاریخچه باروری - فرم R	مدت شیردهی	۴۹
متن	R14-9-3	تاریخچه باروری - فرم R	توضیحات	۵۰
عدد(ماه)	R14-10	تاریخچه باروری - فرم R	فرزند دهم	۵۱
۱.بلی ۰.خیر	R14-10-1	تاریخچه باروری - فرم R	شیردهی	۵۲
عدد(ماه)	R14-10-2	تاریخچه باروری - فرم R	مدت شیردهی	۵۳
متن	R14-10-3	تاریخچه باروری - فرم R	توضیحات	۵۴
عدد(ماه)	R14-11	تاریخچه باروری - فرم R	فرزند یازدهم	۵۵
۱.بلی ۰.خیر	R14-11-1	تاریخچه باروری - فرم R	شیردهی	۵۶
عدد(ماه)	R14-11-2	تاریخچه باروری - فرم R	مدت شیردهی	۵۷
متن	R14-11-3	تاریخچه باروری - فرم R	توضیحات	۵۸
عدد(ماه)	R14-12	تاریخچه باروری - فرم R	فرزند دوازدهم	۵۹
۱.بلی ۰.خیر	R14-14-1	تاریخچه باروری - فرم R	شیردهی	۶۰

عدد(ماه)	R14-14-2	تاریخچه باروری- فرم R	مدت شیردهی	۶۱
متن	R14-14-3	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۶۲
۱. دارد، یک طرفه ۲. دارد، دو طرفه ۳. ندارد ۴. نمی داند	R15	تاریخچه باروری- فرم R	سابقه برداشتن تخمدان	۶۳
عدد (سال)	R16	تاریخچه باروری- فرم R	سن در زمان برداشتن تخمدان (به سال)	۶۴
۱. دارد ۲. ندارد	R17	تاریخچه باروری- فرم R	سابقه توبکتومی	۶۵
۱. دارد ۲. ندارد	R18	تاریخچه باروری- فرم R	سابقه هیستریکتومی	۶۶
عدد (سال)	R19	تاریخچه باروری- فرم R	سن در زمان هیستریکتومی	۶۷
۱. دارد ۲. ندارد	R20	تاریخچه باروری- فرم R	سابقه نازایی	۶۸
۱. دارد ۲. ندارد	R21	تاریخچه باروری- فرم R	سابقه مصرف داروهای مرتبط با نازایی	۶۹
۱. بلی ۲. خیر	R22	تاریخچه باروری- فرم R	داروهای ضد بارداری (خوراکی (OCP)، آمپول DMPA، سیکلوفم، ..) مصرف می کرده/ می کند؟	۷۰
۱. بلی ۲. خیر	R23	تاریخچه باروری- فرم R	آیا سابقه استفاده از روش های پیشگیری از بارداری دارد؟	۷۱
۱. قرص های پیشگیری از بارداری ۲. ایمپلنت ۳. تزریق پروژسترون طولانی مدت ۴. وسایل داخل رحمی (IUD)	R23-1	تاریخچه باروری- فرم R	روش پیشگیری	۷۲
عدد	R23-2	تاریخچه باروری- فرم R	از سن	۷۳
عدد	R23-3	تاریخچه باروری- فرم R	تا سن	۷۴
عدد	R23-4	تاریخچه باروری- فرم R	مدت زمان به ماه	۷۵
۱. بلی ۲. خیر 999. نمیدانم	R24	تاریخچه باروری- فرم R	داروهای جایگزینی هورمونی (استروژن، پروژسترون) مصرف می کرده/می کند؟	۷۶
	R24-1	تاریخچه باروری- فرم R	نوع داروی مورد استفاده (در صورتیکه به خاطر دارید)	۷۷

عدد	R24-2	تاریخچه باروری- فرم R	از سن	۷۸
عدد	R24-3	تاریخچه باروری- فرم R	تا سن	۷۹
عدد	R24-4	تاریخچه باروری- فرم R	مدت زمان به ماه	۸۰
۱. بلی ۲. خیر ۹۹۹. نمیدانم	R25	تاریخچه باروری- فرم R	سابقه غربالگری سرطان پستان یا دهانه رحم دارد؟	۸۱
۱. بلی ۰. خیر	R25.1	تاریخچه باروری- فرم R	معاینه پستان توسط پزشک / ماما	۸۲
۰. خیر ۱. بلی	R25.1.1	تاریخچه باروری- فرم R	غربالگری	۸۳
عدد	R25.1.2	تاریخچه باروری- فرم R	سن آخرین تست	۸۴
عدد	R25.1.3	تاریخچه باروری- فرم R	دفعات تست	۸۵
متن	R25.1.4	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۸۶
۱. بلی ۰. خیر	R25.2	تاریخچه باروری- فرم R	ماموگرافی	۸۷
۰. خیر ۱. بلی	R25.2.1	تاریخچه باروری- فرم R	غربالگری	۸۸
عدد	R25.2.2	تاریخچه باروری- فرم R	سن آخرین تست	۸۹
عدد	R25.2.3	تاریخچه باروری- فرم R	دفعات تست	۹۰
متن	R25.2.4	تاریخچه باروری- فرم R	توضیحات	۹۱
۱. بلی ۰. خیر	R25.3	تاریخچه باروری- فرم R	پاپ اسمیر	۹۲
۰. خیر ۱. بلی	R25.3.1	تاریخچه باروری- فرم R	غربالگری	۹۳
عدد	R25.3.2	تاریخچه باروری- فرم R	سن آخرین تست	۹۴
عدد	R25.3.3	تاریخچه باروری- فرم R	دفعات تست	۹۵

متن	R25.3.4	تاریخچه باروری - فرم R	توضیحات	۹۶
-----	---------	---------------------------	---------	----

**ALSA**  
 Ardakan Longitudinal  
 Study on Aging



پرسشنامه تاریخچه باروری (مختص مردان) - فرم RM

تاریخچه باروری (مختص مردان) - فرم RM				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا بحال صاحب فرزند شده اید؟	تاریخچه باروری - فرم RM	RM1	۱. بلی ۰. خیر
۲	اگر خیر دلیل آن چه بوده است؟	تاریخچه باروری - فرم RM	RM2	۱. عقیمی/ ناباروری خود وی ۲. عقیمی/ ناباروری همسر ۳. هرگز ازدواج نکرده ۴. عدم تمایل به فرزند آوری
۳	سن بهنگام اولین ازدواج	تاریخچه باروری - فرم RM	RM3	عدد (سال)
۴	تعداد فرزندان	تاریخچه باروری - فرم RM	RM4	عدد (تعداد)
۵	سن پدر هنگام تولد اولین فرزند	تاریخچه باروری - فرم RM	RM5	عدد (سال)
۶	آیا وازکتومی انجام داده اید؟	تاریخچه باروری - فرم RM	RM6	۱. بلی ۰. خیر
۷	اگر بلی، سن بهنگام وازکتومی	تاریخچه باروری - فرم RM	RM7	عدد (سال)

Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه دخانیات - فرم Smoke

دخانیات- فرم Smoke				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا شما تا کنون (حداقل یک بار در طول عمرتان) سیگار مصرف کرده اید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke1	۱. بلی ۰. خیر
۲	آیا شما در طول زندگیتان حداقل ۱۰۰ نخ سیگار کشیده اید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke2	۱. بلی ۰. خیر
۳	آیا شما هم اکنون سیگار می کشید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke3	۱. بلی روزانه ۲. بلی گاهی اوقات ۳. خیر
۴	اگر بلی، اولین سیگار را بطور منظم از چه سنی شروع کردید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke3-1	عدد (سال)
۵	بطور متوسط چند نخ در شبانه روز سیگار می کشیده یا می کشید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke3-2	عدد (بار)
۶	اگر دیگر سیگار نمی کشید از چه سنی سیگار کشیدن روزانه را متوقف نموده اید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke3-3	عدد (سال)
۷	آیا شما در معرض تماس با دود سیگار در منزل بوده/هستید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke4	۱. بلی ۰. خیر
۸	اگر بلی مدت زمان تماس با دود سیگار در منزل چند ساعت در روز و چند ساعت در هفته، بوده است؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke4	تعداد (روزانه، هفتگی)
۹	به مدت چند سال	دخانیات- فرم Smoke	Smoke4-1	عدد (سال)
۱۰	آیا شما در تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن هستید؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke5	۱. بلی ۰. خیر
۱۱	اگر بلی مدت زمان تماس با دود سیگار در محل کار یا سایر اماکن، چند ساعت در روز و چند ساعت در هفته بوده است؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke5-1	تعداد (روزانه، هفتگی)
۱۲	به مدت چند سال	دخانیات- فرم Smoke	Smoke5-2	عدد (سال)
۱۳	آیا در دوران کودکی تان فردی در خانواده شما سیگار می کشیده است؟	دخانیات- فرم Smoke	Smoke6	۱. بلی ۰. خیر
۱۴	آیا تاکنون قلیان استفاده کرده اید؟	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1	۱. بلی ۰. خیر
۱۵	مدت زمان مصرف قلیان (به سال)	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1.1	عدد (سال)
۱۶	دفعات معمول مصرف روزانه قلیان	دخانیات- فرم Hooka	Hooka1.2	عدد (تعداد)

عدد (تعداد)	Hooka1.3	دخانیات- فرم Hooka	مصرف روز در هفته قلیان	۱۷
متن	Hooka1.4	دخانیات- فرم Hooka	اگر مصرف قلیان تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود	۱۸
۱. بلی ۰. خیر	Pipe1	دخانیات- فرم Pipe	آیا تاکنون پیپ استفاده کرده اید؟	۱۹
عدد (سال)	Pipe1.1	دخانیات- فرم Pipe	مدت زمان مصرف پیپ (به سال)	۲۰
عدد (تعداد)	Pipe1.2	دخانیات- فرم Pipe	دفعات معمول مصرف روزانه پیپ	۲۱
عدد (تعداد)	Pipe1.3	دخانیات- فرم Pipe	مصرف روز در هفته پیپ	۲۲
متن	Pipe1.4	دخانیات- فرم Pipe	اگر مصرف پیپ تفننی بوده یا کمتر از یکسال اینجا ذکر شود	۲۳

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



الکل - فرم Alco				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تاکنون از مشروبات الکلی استفاده کرده اید؟	الکل - فرم Alco	Alco1	۰. خیر ۱. بلی
۲	آبجو (۷-۵٪الکل)	الکل - فرم Alco	Alco2	
۳	مصرف کردن	الکل - فرم Alco	Alco2-1	۰. خیر ۱. بلی
۴	مدت مصرف	الکل - فرم Alco	Alco2-2	عدد (سال)
۵	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	الکل - فرم Alco	Alco2-3	
۶	دفعات در ماه	الکل - فرم Alco	Alco2-4	عدد
۷	توضیحات	الکل - فرم Alco	Alco2-5	متن
۸	مشروبات با الکل بیشتر از ۴۰٪ (ودکا، ویسکی و...)	الکل - فرم Alco	Alco3	
۹	مصرف کردن	الکل - فرم Alco	Alco3-1	۰. خیر ۱. بلی
۱۰	مدت مصرف	الکل - فرم Alco	Alco3-2	عدد (سال)
۱۱	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	الکل - فرم Alco	Alco3-3	
۱۲	دفعات در ماه	الکل - فرم Alco	Alco3-4	عدد
۱۳	توضیحات	الکل - فرم Alco	Alco3-5	متن
۱۴	مشروبات دست ساز	الکل - فرم Alco	Alco4	
۱۵	مصرف کردن	الکل - فرم Alco	Alco4-1	۰. خیر ۱. بلی
۱۶	مدت مصرف	الکل - فرم Alco	Alco4-2	عدد (سال)
۱۷	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	الکل - فرم Alco	Alco4-3	
۱۸	دفعات در ماه	الکل - فرم Alco	Alco4-4	عدد
۱۹	توضیحات	الکل - فرم Alco	Alco4-5	متن
۲۰	نوع مشروب ۱	الکل - فرم Alco	Alco5	
۲۱	مصرف کردن	الکل - فرم Alco	Alco5-1	۰. خیر ۱. بلی
۲۲	مدت مصرف	الکل - فرم Alco	Alco5-2	عدد (سال)
۲۳	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	الکل - فرم Alco	Alco5-3	
۲۴	دفعات در ماه	الکل - فرم Alco	Alco5-4	عدد
۲۵	توضیحات	الکل - فرم Alco	Alco5-5	متن
۲۶	نوع مشروب ۲	الکل - فرم Alco	Alco6	
۲۷	مصرف کردن	الکل - فرم Alco	Alco6-1	۰. خیر ۱. بلی

عدد (سال)	Alco6-2	الکل - فرم Alco	مدت مصرف	۲۸
	Alco6-3	الکل - فرم Alco	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	۲۹
عدد	Alco6-4	الکل - فرم Alco	دفعات در ماه	۳۰
متن	Alco6-5	الکل - فرم Alco	توضیحات	۳۱
	Alco7	الکل - فرم Alco	نوع مشروب ۳	۳۲
۰. خیر ۱. بلی	Alco7-1	الکل - فرم Alco	مصرف کردن	۳۳
عدد (سال)	Alco7-2	الکل - فرم Alco	مدت مصرف	۳۴
	Alco7-3	الکل - فرم Alco	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	۳۵
عدد	Alco7-4	الکل - فرم Alco	دفعات در ماه	۳۶
متن	Alco7-5	الکل - فرم Alco	توضیحات	۳۷
	Alco8	الکل - فرم Alco	نوع مشروب ۴	۳۸
۰. خیر ۱. بلی	Alco8-1	الکل - فرم Alco	مصرف کردن	۳۹
عدد (سال)	Alco8-2	الکل - فرم Alco	مدت مصرف	۴۰
	Alco8-3	الکل - فرم Alco	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	۴۱
عدد	Alco8-4	الکل - فرم Alco	دفعات در ماه	۴۲
متن	Alco8-5	الکل - فرم Alco	توضیحات	۴۳
	Alco9	الکل - فرم Alco	نوع مشروب ۵	۴۴
۰. خیر ۱. بلی	Alco9-1	الکل - فرم Alco	مصرف کردن	۴۵
عدد (سال)	Alco9-2	الکل - فرم Alco	مدت مصرف	۴۶
	Alco9-3	الکل - فرم Alco	متوسط میزان مصرف هر بار (CC)	۴۷
عدد	Alco9-4	الکل - فرم Alco	دفعات در ماه	۴۸
متن	Alco9-5	الکل - فرم Alco	توضیحات	۴۹

پرسشنامه مواد مخدر - فرم Adic

مواد مخدر - فرم Adic				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تاکنون از مواد مخدر استفاده کرده اید؟	مواد مخدر- فرم Adic	Adic1	۱. بلی ۰. خیر
۲	در صورت بلی جدول زیر را تکمیل کنید.	مواد مخدر- فرم Adic		شامل موارد Acid2 تا Acid25
۳	تریاک (گرم)	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2	
۴	مصرف کردن	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2-1	۱. بلی ۰. خیر
۵	نحوه مصرف	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2-2	۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر
۶	مدت مصرف (سال)	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2-3	عدد (سال)
۷	مصرف روزانه	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2-4	عدد (گرم)
۸	روز در هفته	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2-5	عدد (روز)
۹	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	مواد مخدر- فرم Adic	Adic2-6	متن
۱۰	هروئین (گرم)	مواد مخدر- فرم Adic	Adic3	
۱۱	مصرف کردن	مواد مخدر- فرم Adic	Adic3-1	۱. بلی ۰. خیر
۱۲	نحوه مصرف	مواد مخدر- فرم Adic	Adic3-2	۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر

عدد (سال)	Adic3-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۳
عدد (گرم)	Adic3-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۴
عدد (روز)	Adic3-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۵
متن	Adic3-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۶
	Adic4	مواد مخدر- فرم Adic	شیشه (گرم)	۱۷
۱. بلی ۰. خیر	Adic4-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۸
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic4-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۹
عدد (سال)	Adic4-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۲۰
عدد (گرم)	Adic4-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۲۱
عدد (روز)	Adic4-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۲۲
متن	Adic4-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۲۳
	Adic5	مواد مخدر- فرم Adic	کوکائین (گرم)	۲۴
۱. بلی ۰. خیر	Adic5-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۲۵
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic5-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۲۶

عدد (سال)	Adic5-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۲۷
عدد (گرم)	Adic5-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۲۸
عدد (روز)	Adic5-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۲۹
متن	Adic5-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۳۰
	Adic6	مواد مخدر- فرم Adic	کراک (گرم)	۳۱
۱. بلی ۰. خیر	Adic6-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۳۲
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic6-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۳۳
عدد (سال)	Adic6-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۳۴
عدد (گرم)	Adic6-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۳۵
عدد (روز)	Adic6-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۳۶
متن	Adic6-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۳۷
	Adic7	مواد مخدر- فرم Adic	سوخته تریاک (گرم)	۳۸
۱. بلی ۰. خیر	Adic7-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۳۹
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic7-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۴۰

عدد (سال)	Adic7-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۴۱
عدد (گرم)	Adic7-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۴۲
عدد (روز)	Adic7-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۴۳
متن	Adic7-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۴۴
	Adic8	مواد مخدر- فرم Adic	شیره تریاک (گرم)	۴۵
۱. بلی ۰. خیر	Adic8-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۴۶
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic8-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۴۷
عدد (سال)	Adic8-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۴۸
عدد (گرم)	Adic8-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۴۹
عدد (روز)	Adic8-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۵۰
متن	Adic8-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۵۱
	Adic9	مواد مخدر- فرم Adic	شیره سوخته (گرم)	۵۲
۱. بلی ۰. خیر	Adic9-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۵۳
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic9-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۵۴

عدد (سال)	Adic9-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۵۵
عدد (گرم)	Adic9-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۵۶
عدد (روز)	Adic9-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۵۷
متن	Adic9-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۵۸
	Adic10	مواد مخدر- فرم Adic	گل (رول / پیپر)	۵۹
۱. بلی ۰. خیر	Adic10-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۶۰
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic10-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۶۱
عدد (سال)	Adic10-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۶۲
عدد (گرم)	Adic10-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۶۳
عدد (روز)	Adic10-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۶۴
متن	Adic10-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۶۵
	Adic11	مواد مخدر- فرم Adic	ماری جوانا، علف، گرس (شکل گیاهی)(نخ)	۶۳
۱. بلی ۰. خیر	Adic11-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۶۴
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic11-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۶۵

عدد (سال)	Adic11-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۶۶
عدد (گرم)	Adic11-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۶۷
عدد (روز)	Adic11-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۶۸
متن	Adic11-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	
	Adic12	مواد مخدر- فرم Adic	حشیش (شکل صمغی)(گرم)	۶۹
۱. بلی ۰. خیر	Adic12-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۷۰
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic12-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۷۱
عدد (سال)	Adic12-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۷۲
عدد (گرم)	Adic12-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۷۳
عدد (روز)	Adic12-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۷۴
متن	Adic12-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۷۵
	Adic13	مواد مخدر- فرم Adic	اکس یا اکس تازی (قرص)	۷۶
۱. بلی ۰. خیر	Adic13-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۷۷
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic13-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۷۸

عدد (سال)	Adic13-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۷۹
عدد (گرم)	Adic13-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۸۰
عدد (روز)	Adic13-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۸۱
متن	Adic13-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۸۳
	Adic14	مواد مخدر- فرم Adic	ال.اس.دی یا اسید (ورق)	۸۴
۱. بلی ۰. خیر	Adic14-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۸۵
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic14-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۸۶
عدد (سال)	Adic14-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۸۷
عدد (گرم)	Adic14-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۸۸
عدد (روز)	Adic14-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۸۹
متن	Adic14-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۹۰
	Adic15	مواد مخدر- فرم Adic	قارچ (پسیلوسیبین) گرم	۹۱
۱. بلی ۰. خیر	Adic15-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۹۲
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic15-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۹۳

عدد (سال)	Adic15-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۹۴
عدد (گرم)	Adic15-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۹۵
عدد (روز)	Adic15-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۹۶
متن	Adic15-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۹۷
	Adic16	مواد مخدر- فرم Adic	ترامادول یا بایومادول (میلی گرم)	۹۸
۱. بلی ۰. خیر	Adic16-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic16-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۹۹
عدد (سال)	Adic16-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۰۰
عدد (گرم)	Adic16-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۰۱
عدد (روز)	Adic16-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۰۲
متن	Adic16-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۰۳
	Adic17	مواد مخدر- فرم Adic	مورفین و پتدین (آمپول)	۱۰۴
۱. بلی ۰. خیر	Adic17-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic17-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۰۵

عدد (سال)	Adic17-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۰۶
عدد (گرم)	Adic17-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۰۷
عدد (روز)	Adic17-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۰۸
متن	Adic17-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۰۹
	Adic18	مواد مخدر- فرم Adic	متادون (میلی گرم)	۱۱۰
۱. بلی ۰. خیر	Adic18-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic18-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۱۱
عدد (سال)	Adic18-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۱۲
عدد (گرم)	Adic18-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۱۳
عدد (روز)	Adic18-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۱۴
متن	Adic18-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۱۵
	Adic19	مواد مخدر- فرم Adic	شریت تریاک (سی.سی)	۱۱۶
۱. بلی ۰. خیر	Adic19-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۱۷
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic19-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۱۸

عدد (سال)	Adic19-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۱۹
عدد (گرم)	Adic19-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۲۰
عدد (روز)	Adic19-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۲۱
متن	Adic19-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۲۲
	Adic20	مواد مخدر- فرم Adic	ریتالین (میلی گرم)	
۱. بلی ۰. خیر	Adic20-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۲۳
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic20-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۲۴
عدد (سال)	Adic20-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۲۵
عدد (گرم)	Adic20-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۲۶
عدد (روز)	Adic20-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۲۷
متن	Adic20-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۲۸
	Adic21	مواد مخدر- فرم Adic	مخدر ۱	۱۲۹
۱. بلی ۰. خیر	Adic21-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۳۰
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic21-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۳۱

عدد (سال)	Adic21-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۳۲
عدد (گرم)	Adic21-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۳۳
عدد (روز)	Adic21-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۳۴
متن	Adic21-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	
	Adic22	مواد مخدر- فرم Adic	مخدر ۲	۱۳۵
۱. بلی ۰. خیر	Adic22-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۳۶
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic22-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۳۷
عدد (سال)	Adic22-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۳۸
عدد (گرم)	Adic22-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۳۹
عدد (روز)	Adic22-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۴۰
متن	Adic22-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۴۱
	Adic23	مواد مخدر- فرم Adic	مخدر ۳	۱۴۲
۱. بلی ۰. خیر	Adic23-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۴۳
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic23-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۴۴

عدد (سال)	Adic23-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۴۵
عدد (گرم)	Adic23-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	
عدد (روز)	Adic23-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۴۶
متن	Adic23-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۴۷
	Adic24	مواد مخدر- فرم Adic	مخدر ۴	۱۴۸
۱. بلی ۰. خیر	Adic24-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۴۹
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic24-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۵۰
عدد (سال)	Adic24-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۵۱
عدد (گرم)	Adic24-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۵۲
عدد (روز)	Adic24-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۵۳
متن	Adic24-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۵۴
	Adic25	مواد مخدر- فرم Adic	مخدر ۵	۱۵۵
۱. بلی ۰. خیر	Adic25-1	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف کردن	۱۵۶
۱. خوراکی ۲. استنشاقی (انفیه یا دماغی) ۳. تزریقی ۴. دودی ۵. زیر زبانی ۶. پوستی ۷. اماله ۸. سایر	Adic25-2	مواد مخدر- فرم Adic	نحوه مصرف	۱۵۷

عدد (سال)	Adic25-3	مواد مخدر- فرم Adic	مدت مصرف (سال)	۱۵۸
عدد (گرم)	Adic25-4	مواد مخدر- فرم Adic	مصرف روزانه	۱۵۹
عدد (روز)	Adic25-5	مواد مخدر- فرم Adic	روز در هفته	۱۶۰
متن	Adic25-6	مواد مخدر- فرم Adic	توضیحات (اگر تفننی یا کمتر از یکسال بوده ذکر شود)	۱۶۱

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



برسنامه آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain

آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain				
ردیف	آیتم / سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا کنون در هر جایی از بدن خود احساس درد / سفتی (خشکی) / تورم / درد در اثر فشار که حداقل یکماه طول کشیده باشد داشته / دارید؟	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain1	۱. بلی ۲. خیر
۲	می توانید بگویید بیشترین درد / سفتی / تورم / درد در اثر فشار را در کجای بدنتان احساس می کنید / کرده اید؟ ( به شکلهای زیر نگاه کنید و محل آن را نشان دهید) برای درد روی شکل علامت +، تورم علامت * و برای سفتی (خشکی) علامت # بگذارید) مفصل مشخص شود در اشکال یا در صورت درد مفصلی روی شکل مفصل نشان داده شود	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain2	عدد (کد محل درد، تورم، سفتی)
۳		آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain2.1	درد تورم سفتی (خشکی)
۴	احساس درد؟	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain2-2	۱. بلی ۰. خیر
۵	احساس تورم؟	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain2-3	۱. بلی ۰. خیر
۶	احساس سفتی (خشکی)؟	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain2-4	۱. بلی ۰. خیر
۷	چه مدتی است که این مشکل را داشته / دارید؟	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain3	عدد (سال)
۸	آیا این درد / سفتی (خشکی) / تورم / درد در اثر فشار را در طی ۷ روز گذشته داشته اید؟	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain4	۱. بلی ۰. خیر
۹	اگر در هفت روز گذشته مشکل نداشته اید و در گذشته داشته اید آیا می توانید به من بگویید در چه سالی / یا	آرتريت / استئوآرتريت - فرم Pain	Pain5	عدد (سال)

			سنی این درد/سفتی/تورم/ درد در اثر فشار را برای اولین بار داشته اید؟
عدد	Pain6	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	چه مدت زمانی این مشکل طول کشیده است؟
۱. بیشتر بوده/ است ۲. کمتر بوده/ است ۳. فرقی نداشته/ندارد	Pain7	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا درد در صبحها؟
۱. بیشتر بوده/ است ۲. کمتر بوده/ است ۳. فرقی نداشته/ندارد	Pain8	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا درد با فعالیت؟
۱. بلی ۲. خیر	Pain9	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا درد بعد از خواب رفتن شما را از خواب بیدار می کرده/ می کند؟
عدد (ساعت)	Pain9.1	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	اگر بلی چه ساعتی حدوداً بیدار می شوید؟
۱. بلی ۲. خیر	Pain10	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا بخاطر این مشکل (درد/سفتی (خشکی)/درد در اثر فشار) هر گونه فعالیت شما در خانه یا محل کار محدود شده بود/شده است؟
عدد (از یک تا ۱۰)	Pain11	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	یک خط عمودی در نقطه ای که بهترین توصیف شدت درد شما باشد روی خط زیر بکشید؟ (از یک تا ۱۰ شماره گذاری شود) (صفر) اصلا دردی ندارم (۱۰) بیشترین درد قابل تصور
۱. خفیف ۲. ناراحت کننده ۳. آزاردهنده ۴. طاقت فرسا ۵. کشنده	Pain12	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	شدت دردی را که به یاد می آورید یا در حال حاضر دارید چگونه توصیف می نمائید؟
۱. بلی ۰. خیر	Pain13	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا هر گونه دارویی/ اقدامی برای کنترل آن مصرف کرده/ می کنید؟
متن	Pain14	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا می توانید نام داروها یا اقداماتی را که برای کاهش/رفع آن انجام داده اید نام ببرید (یا به من نشان دهید در صورتی که در حال حاضر درمان دارویی می گیرد)؟
۱. بلی ۰. خیر	Pain15	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	آیا پزشک به شما گفته است که استئو آرتريت/آرتروز دارید؟
متن	Pain15-1	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	محل بروز علائم آرتروز کدام قسمت از بدن بوده است؟

۰.۱ بلی خیر ۰.	Pain16	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	آیا پزشک به شما گفته است که آرتریت / روماتیسم مفصلی دارید؟	۲۲
متن	Pain16-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	محل بروز علائم روماتیسم کدام قسمت از بدن بوده است؟	۲۳
عدد (سال)	Pain17	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	در چه سنی به شما گفته شد که آرتریت / روماتیسم مفصلی دارید؟	۲۴
۰.۱ بلی خیر ۰.	Pain18	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	آیا تحت درمان هستید؟	۲۵
۰.۱ بلی خیر ۰.۲ ۳. به خاطر نمی آورم	Pain19	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	آیا حادثه و ضربه ای (منظور کشیدگی عضله یا جراحت) قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟	۲۶
۱. عدم تعادل و افتادن حین حرکت ۲. تصادف وسایل نقلیه ۳. سقوط ۴. ضربه و یا برخورد جسمی سخت به شما ۵. سایر	Pain20	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	در صورت بلی، چه حادثه ای قبل از درد، حساسیت، تورم یا سفتی وجود داشت؟	۲۷
متن	Pain20-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	سایر حوادث	۲۸
شامل موارد ۰.۱ تا Pain21.5	Pain21	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	کدامیک از موارد زیر را دارید؟	۲۹
۰.۱ بلی خیر ۰.	Pain21.1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	درد ژنرالیزه	۳۰
عدد(روز، ماه، سال)	Pain21-1-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	اگر بلی مدت آن	۳۱
۰.۱ بلی خیر ۰.	Pain22-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	احساس سرما در بدن	
عدد(روز، ماه، سال)	Pain22-1-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	اگر بلی مدت آن	
۰.۱ بلی خیر ۰.	Pain23-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	عدم تحمل سرما	
عدد(روز، ماه، سال)	Pain23-1-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	اگر بلی مدت آن	
۰.۱ بلی خیر ۰.	Pain24-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	خستگی و کوفتگی صبحگاهی	
عدد (روز، ماه، سال)	Pain24-1-1	آرتریت / استئوآرتریت- فرم Pain	اگر بلی مدت آن	

۱. بلی ۰. خیر	Pain25-1	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	فقدان انرژی کافی	
عدد (روز، ماه، سال)	Pain25- 1-1	آرتريت / استئوآرتريت- فرم Pain	اگر بلی مدت آن	

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC

فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تست کامل شد؟	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC1	۱. بلی ۲. خیر ۳. انجام نشد
۲	اگر انجام و یا کامل نشد دلیل آن؟	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC2	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۳	سایر دلایل انجام یا کامل نشدن تست	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC2-1	متن
۴	Systolic	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC3	
۵	Lying Down (5 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC3-1	عدد
۶	Standing 1 (1 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC3-2	عدد
۷	Standing 2 (3 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC3-3	عدد
۸	Associated Symptoms	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC3-4	متن
۹	Diastolic	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC4	
۱۰	Lying Down (5 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC4-1	عدد
۱۱	Standing 1 (1 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC4-2	عدد
۱۲	Standing 2 (3 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC4-3	عدد
۱۳	Associated Symptoms	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC4-4	متن
۱۴	Pulse	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC5	
۱۵	Lying Down (5 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC5-1	عدد
۱۶	Standing 1 (1 minutes)	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	ORSTC5-2	عدد

عدد	ORSTC5-3	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	Standing 2 (3 minutes)	۱۷
متن	ORSTC5-4	فشار خون ارتوستاتیک - فرم ORSTC	Associated Symptoms	۱۸



پرسشنامه فشار خون نشسته- فرم BLP

فشار خون نشسته- فرم BLP				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تست کامل شد ؟	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP1	۱. بلی ۲. خیر ۴. انجام نشد
۲	اگر انجام و یا کامل نشد دلیل آن ؟	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP2	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۳	سایر دلایل انجام یا کامل نشدن تست	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP2-1	متن
۴	فشار سیستولیک	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP3	شامل BLP3-1, BLP3-4
۵	دست راست بار اول	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP3-1	عدد
۶	دست چپ بار اول	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP3-2	عدد
۷	دست راست بار دوم	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP3-3	عدد
۸	دست راست بار دوم	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP3-4	عدد
۹	فشار دیاستولیک	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP4	شامل BLP4-1, BLP4-4
۱۰	دست راست بار اول	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP4-1	عدد
۱۱	دست چپ بار اول	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP4-2	عدد
۱۲	دست راست بار دوم	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP4-3	عدد
۱۳	دست راست بار دوم	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP4-4	عدد
۱۴	نبض	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP5	شامل BLP5-1, BLP5-4
۱۵	دست راست بار اول	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP5-1	عدد
۱۶	دست چپ بار اول	فشار خون نشسته- فرم BLP	BLP5-2	عدد

عدد	BLP5-3	فشار خون نشسته- فرم BLP	دست راست بار دوم	۱۷
عدد	BLP5-4	فشار خون نشسته- فرم BLP	دست راست بار دوم	۱۸



پرسشنامه زخم بستر - فرم BED

زخم بستر - فرم BED				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا تا بحال پزشک به شما گفته است که زخم بستر دارید؟	زخم بستر - فرم BED	BED1	۰. خیر ۱. بلی
۲	آیا برای زخم بستر دارو مصرف کردید؟	زخم بستر - فرم BED	BED2	۰. خیر ۱. بلی
۳	آیا تا بحال به دلیل زخم بستر در بیمارستان بستری شده اید؟	زخم بستر - فرم BED	BED3	۰. خیر ۱. بلی
۴	اگر بلی، طول مدت بستری (روز)	زخم بستر - فرم BED	BED4	عدد (روز)
۵	چند ساعت در روز روی تخت یا صندلی بی حرکت می مانید؟	زخم بستر - فرم BED	BED5	عدد (ساعت)
۶	برای جا به جایی شما از تخت به صندلی یا بالعکس از وسیله خاصی استفاده می شود؟	زخم بستر - فرم BED	BED6	۰. خیر ۱. بلی
۷	اگر بلی از چه وسیله ای استفاده می کنید؟	زخم بستر - فرم BED	BED7	متن
۸	آیا در حال حاضر زخم بستر فعال دارید؟	زخم بستر - فرم BED	BED8	۰. خیر ۱. بلی
۹	آیا تحت درمان هستید؟	زخم بستر - فرم BED	BED9	۰. خیر ۱. بلی
۱۰	اگر بلی نوع درمان	زخم بستر - فرم BED	BED10	۱. خانگی ۲. دارویی ۳. جراحی ۴. بدون درمان
۱۱	در صورت وجود زخم بستر:	زخم بستر - فرم BED	BED11	شامل موارد BED11-1 تا BED11-4
۱۲	جای زخم	زخم بستر - فرم BED	BED11-1	متن
۱۳	اندازه زخم	زخم بستر - فرم BED	BED11-2	متن
۱۴	مدت زمان ایجاد زخم	زخم بستر - فرم BED	BED11-3	متن
۱۵	گرید زخم	زخم بستر - فرم BED	BED11-4	متن

## بخش ن سنجی

### پرسشنامه فعالیت های روزمره زندگی – فرم ADL

فعالیت های روزمره زندگی-ADL				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	پوشیدن لباس، بستن زیپ و دکمه ها، پوشیدن کفش ها	فعالیت های روزمره زندگی	ADL1	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمیتوانم
۲	خوردن مثل نکه داشتن قاشق و چنگال، بریدن غذا، نوشیدن از لیوان	فعالیت های روزمره زندگی	ADL2	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمی توانم
۳	نظافت شخصی مثل شانه کردن موها، مسواک زدن دندانها، یا شستن صورت	فعالیت های روزمره زندگی	ADL3	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمی توانم
۴	قدم زدن (برای مثال در داخل یک اتاق کوچک)	فعالیت های روزمره زندگی	ADL4	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمی توانم
۵	بلند شدن از تخت و نشستن روی صندلی	فعالیت های روزمره زندگی	ADL5	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمی توانم
۶	حمام کردن یا دوش گرفتن	فعالیت های روزمره زندگی	ADL6	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمی توانم
۷	توالت رفتن و دستشویی کردن	فعالیت های روزمره زندگی	ADL7	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. اصلا نمی توانم
۸	آیا می توانید لباس های شخصی خودتان را بشویید	فعالیت های روزمره زندگی	IADL8	۱. بدون کمک ۲. با کمی کمک ۳. قادر به انجام نیست
۹	آیا بخاطر وضعیت سلامتی تان هر یک از فعالیتهای زیر محدود شده است ؟	فعالیت های روزمره زندگی	IL10 تا IL1	شامل موارد IL1 تا IL10
۱۰	فعالیتهای شدید مانند دویدن و یا ورزش سنگین	فعالیت های روزمره زندگی	IL1	۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است
۱۱	فعالیتهای متوسط مانند جارو برقی کشیدن و ورزش هایی مانند گلف	فعالیت های روزمره زندگی	IL2	۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است

۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL3	فعالیت های روزمره زندگی	بالا رفتن از چندین راه پله	۱۲
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL4	فعالیت های روزمره زندگی	بالارفتن از یک راه پله	۱۳
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL5	فعالیت های روزمره زندگی	حمل یا بلند کردن ساک خرید	۱۴
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL6	فعالیت های روزمره زندگی	راه رفتن به فاصله یک کیلومتر	۱۵
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL7	فعالیت های روزمره زندگی	راه رفتن به فاصله ۵۰۰ متر	۱۶
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL8	فعالیت های روزمره زندگی	راه رفتن به فاصله ۱۰۰ متر	۱۷
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL9	فعالیت های روزمره زندگی	خم شدن، زانو زدن یا دولا شدن	۱۸
۱. بله زیاد محدود شده است ۲. کمی محدود شده است ۳. اصلا محدود نشده است	IL10	فعالیت های روزمره زندگی	حمام کردن یا لباس پوشیدن	۱۹

پرسشنامه فعالیت فیزیکی - فرم K

فعالیت فیزیکی - فرم K				
ردیف	آیتم / سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	در طی ۷ روز گذشته، چه مدت فعالیت های نشسته نظیر خواندن و مطالعه کردن، تماشای کردن تلویزیون، کامپیوتر یا انجام دادن کارهای دستی بوده اید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K1	۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
۲	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K1.a	متن
۳	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های نشسته بوده اید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K1.b	۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
۴	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت خارج از خانه یا در حیاط پیاده روی داشتید (برای مثال جهت آفتاب گرفتن، ورزش، پیاده روی تا محل کار)؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K2	۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
۵	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K2.a	۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
۶	در طی ۷ روز گذشته، چند بار مشغول فعالیت های ورزشی سبک یا فعالیت های تفریحی نظیر راه رفتن بر سطح هموار، تمیز کردن منزل، مراقبت از کودک، نجاری، کار های رستوران، ماهیگیری از یک قایق یا فعالیت های مشابه بوده اید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K3	۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)
۷	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K3.a	متن
۸	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های سبک بوده اید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K3.b	۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز
۹	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی متوسط و تفریحی ( تنیس دو نفره، راه رفتن سریع، باغبانی، حمل بار، دوچرخه سواری، یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟	فعالیت فیزیکی - فرم K	K4	۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)

متن	K4.a	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۱۰
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K4.b	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های متوسط بوده اید؟	۱۱
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K5	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت مشغول فعالیت های ورزشی شدید و سخت نظیر (شنا کردن، راه رفتن با بار در سربالایی، انداختن درخت، حفر کردن، کوه نوردی، فوتبال، بسکتبال یا فعالیت های مشابه) بوده اید؟	۱۲
متن	K5.a	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۱۳
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K5.b	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت های شدید بوده اید؟	۱۴
۱. هرگز ۲. بندرت (۱ تا ۲ روز) ۳. گاهی وقت ها (۳ تا ۴ بار در روز) ۴. اغلب اوقات (۵-۷ روز)	K6	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته، هر چند وقت فعالیت های ورزشی جهت تقویت قدرت عضلانی نظیر بالا بردن وزنه ها انجام داده اید؟	۱۵
متن	K6.a	فعالیت فیزیکی - فرم K	این فعالیت ها چه بودند نام ببرید؟	۱۶
۱. کمتر از ۱ ساعت در روز ۲. بین ۱ تا ۲ ساعت در روز ۳. بین ۲-۴ ساعت در روز ۴. بیشتر از ۴ ساعت در روز	K6.b	فعالیت فیزیکی - فرم K	بطور متوسط چند ساعت در روز مشغول این نوع فعالیت ها بوده اید؟	۱۷
دارای آیتم های دیگر است. (K7 تا K12)		فعالیت فیزیکی - فرم K	در طی ۷ روز گذشته کدامیک از فعالیت های زیر را انجام داده اید؟	۱۸
۰. خیر ۱. بلی	K7	فعالیت فیزیکی - فرم K	کارهای سبک منزل مثل گردگیری یا شستن ظرف ها	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	K8	فعالیت فیزیکی - فرم K	کارهای سنگین منزل مثل ساییدن کف منزل، شستن پنجره ها یا حمل چوب	۲۰
۰. خیر ۱. بلی	K9	فعالیت فیزیکی - فرم K	تعمیرات منزل مثل نقاشی کردن، کارهای برقی و غیره	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	K10	فعالیت فیزیکی - فرم K	مراقبت حیاط منزل مثل جمع کردن برگ ها، خرد کردن چوب و غیره	۲۲
۰. خیر ۱. بلی	K11	فعالیت فیزیکی - فرم K	باغبانی در حیاط منزل	۲۳

۰۰ خیر ۱. بلی	K12	فعالیت فیزیکی - فرم K	مراقبت از یک شخص دیگر مانند یک بچه، همسر وابسته یا یک شخص بزرگسال دیگر	۲۴
۰۰ خیر ۱. بلی	K13	فعالیت فیزیکی - فرم K	در طول هفته ی گذشته، آیا شما کار با دریافت حقوق و یا کارهای داوطلبانه انجام داده اید؟	۲۵
عدد (ساعت)	K13.a	فعالیت فیزیکی - فرم K	چند ساعت در هفته شما با دریافت حقوق و یا داوطلبانه کار کرده اید؟	۲۶
۱. اکثرا در وضعیت نشسته همراه با حرکات کم بازو (مثال: کارمند، ساعت ساز، کسی که چیزی را ردیف می کند تا به محل بسته بندی برسد، راننده ی اتوبوس و...) ۲. نشستن یا ایستادن همراه با کمی راه رفتن ( مثال: صندوق دار، کارمند عمومی) ۳. راه رفتن، حمل کردن موادی که به طور متوسط کمتر از ۲۵ کیلوگرم وزن دارند. (مثال: نامه رسان، پیشخدمت زن یا مرد، کارگر ساختمان ساز، کارگر حمل کننده ی وسایل سنگین) ۴. راه رفتن و کار سنگین با دست که اغلب با جابجایی مواد بیش از ۲۵ کیلوگرم می باشد. ( مثال: چوب بر، بنا، کشاورز، کارگر عمومی)	K13.b	فعالیت فیزیکی - فرم K	کدامیک از تقسیم بندی های زیر نشان دهنده ی مقدار فعالیت جسمی که شما در محل کار انجام می دهید، می باشد؟	۲۷
عدد	K14	فعالیت فیزیکی - فرم K	شما در طول روز در کل از چه تعداد پله بالا و پایین می روید؟	۲۸
عدد	K14.a	فعالیت فیزیکی - فرم K	چند بار در روز	۲۹

پرسشنامه فرم سنجش جسمی - فرم Anth

فرم سنجش جسمی - Anth				
ردیف	آیتم / سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	قد	فرم سنجش جسمی	Anth1	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۲	وزن	فرم سنجش جسمی	Anth2	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۳	شاخص توده بدنی (BMI)	فرم سنجش جسمی	Anth3	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۴	دمیسپین	فرم سنجش جسمی	Anth4	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۵	طول اولنا	فرم سنجش جسمی	Anth5	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۶	قد زانو	فرم سنجش جسمی	Anth6	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۷	دور کمر	فرم سنجش جسمی	Anth7	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۸	دور باسن	فرم سنجش جسمی	Anth8	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۹	دور مچ دست	فرم سنجش جسمی	Anth9	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟
۱۰	دور گردن	فرم سنجش جسمی	Anth10	(عدد) Reading، آیا تست کامل شد؟ (بلی یا خیر یا انجام نشد) ، اگر کامل انجام نشد چرا؟

پرسشنامه فرم عملکرد های مشاهده ای - فرم Observ

فرم عملکرد های مشاهده ای - فرم Observ				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	Hand Grip Test (قدرت چنگش دست)	فرم عملکرد های مشاهده ای - observ		شامل موارد observ1 و observ2
۲	دست راست	فرم عملکرد های مشاهده ای - observ	Observ1	سنجش اول (عدد) ، سنجش دوم (عدد) ، سنجش سوم (عدد)، تست کامل شد؟ (بلی، خیر، انجام نشد)، اگر کامل انجام نشد چرا؟ ، توضیحات
۳	دست چپ	فرم عملکرد های مشاهده ای - observ	Observ2	سنجش اول (عدد) ، سنجش دوم (عدد) ، سنجش سوم (عدد)، تست کامل شد؟ (بلی، خیر، انجام نشد)، اگر کامل انجام نشد چرا؟ ، توضیحات
۴	۱۰ seconds stand (ایستادن ۱۰ ثانیه ای)	های مشاهده ای - observ		شامل موارد observ3 تا observ22
۵		Side by side		
۶	مدت زمان ایستادن	های مشاهده ای - observ	Observ3	عدد (ثانیه)
۷	آیا تست کامل شد؟	های مشاهده ای - observ	Observ4	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد
۸	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	های مشاهده ای - observ	Observ5	۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر
۹	توضیحات سایر دلایل کامل نشدن تست	های مشاهده ای - observ	Observ5-1	متن
۱۰		Semi-Tandem		
۱۱	مدت زمان ایستادن	فرم عملکرد های مشاهده ای - observ	Observ6	عدد (ثانیه)
۱۲	آیا تست کامل شد؟	های مشاهده ای - observ	Observ7	۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد

۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Observ8	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	۱۳
متن	Observ8-1		توضیحات سایر دلایل کامل نشدن تست	۱۴
<b>Tandem</b>				۱۵
عدد (ثانیه)	Observ9	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	مدت زمان ایستادن	۱۶
۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Observ10	فرم های مشاهده ای- observ	آیا تست کامل شد؟	۱۷
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Observ11	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	۱۸
متن	Observ11-1	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	توضیحات سایر دلایل کامل نشدن تست	۱۹
<b>نشست و برخاست از صندلی (Repeated chair number)</b>				۲۰
عدد (ثانیه)	Observ12	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	زمان کامل شدن ۵ بار نشست و برخاست (ثانیه)	۲۱
عدد (تعداد)	Observ13	فرم های مشاهده ای- observ	تعداد نشست و برخاست در ۳۰ ثانیه	۲۲
عدد (تعداد)	Observ14	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	اگر کمتر از ۵ بار انجام شد تعداد آن	۲۳
۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Observ15	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	آیا تست کامل شد؟	۲۴
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Observ16	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	اگر انجام یا کامل نشد دلیل آن؟	۲۵
متن	Observ16-1	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	توضیحات سایر دلایل کامل نشدن تست	۲۶
عدد (ثانیه)	Observ17	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	مدت زمان انجام	۲۷

۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Observ18	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	آیا تست کامل شد؟	۲۸
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Observ19	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	اگر انجام یا کامل نشد دلیل ان؟	۲۹
متن	Observ19- 1	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	توضیحات سایر دلایل کامل نشدن تست	۳۰
<b>4-meter walk</b>				۳۱
عدد (ثانیه)	Observ20	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	مدت زمان انجام	۳۲
۱. بلی ۲. خیر ۳. کامل نشد ۴. انجام نشد	Observ21	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	آیا تست کامل شد؟	۳۳
۱. محدودیت فیزیکی (جسمی) ۲. امتناع ۳. سایر	Observ22	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	اگر انجام یا کامل نشد دلیل ان؟	۳۴
متن	Observ22- 1	فرم عملکرد های مشاهده ای- observ	توضیحات سایر دلایل کامل نشدن تست	۳۵

## بخش روانشناسی

### پرسشنامه کیفیت زندگی - فرم SF

کیفیت زندگی - فرم SF				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	به طور کلی سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید	کیفیت زندگی - فرم SF	SF1	۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. بد
۲	طی ۴ هفته گذشته درد تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار خارج از منزل و هم کار منزل)؟	کیفیت زندگی - فرم SF	SF2	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد
۳	طی ۴ هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیتهای اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟	کیفیت زندگی - فرم SF	SF3	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تا حدی ۴. زیاد ۵. بسیار زیاد
۴	موارد زیر شامل فعالیت هایی است که شما احتمالا طی یک روز عادی انجام می دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیتها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟	کیفیت زندگی - فرم SF	-	شامل موارد SF4 و SF5
۵	فعالیتهای متوسط مانند حرکت دادن یک میز، جابجایی جارو برقی، انجام ورزشهای سبک	کیفیت زندگی - فرم SF	SF4	۱. بله بسیار محدود شده است ۲. بله کمی محدود شده است ۳. خیر اصلا محدود نشده است
۶	بالا رفتن از چند راه پله	کیفیت زندگی - فرم SF	SF5	۱. بله بسیار محدود شده است ۲. بله کمی محدود شده است ۳. خیر اصلا محدود نشده است
۷	آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و با سایر فعالیت های روزمره به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشکلات زیر را داشته اید؟	کیفیت زندگی - فرم SF	-	شامل موارد SF6 و SF7
۸	به کمتر از آنچه که تمایل داشته اید، دست یافته اید	کیفیت زندگی - فرم SF	SF6	۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها

۴. بعضی وقتها ۵. هیچ وقت				
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها ۴. بعضی وقتها ۵. هیچ وقت	SF7	کیفیت زندگی - فرم SF	در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیتهای محدودیت داشته اید	۹
شامل موارد SF8 و SF9	-	کیفیت زندگی - فرم SF	آیا طی ۴ هفته گذشته در کار یا سایر فعالیتهای روزمره به علت مشکلات روحی خود (مثل احساس افسردگی یا اضطراب) یکی از مشکلات زیر را داشته اید؟	۱۰
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها ۴. بعضی وقتها ۵. هیچ وقت	SF8	کیفیت زندگی - فرم SF	به کمتر از آنچه که تمایل داشته اید، دست یافته اید	۱۱
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها ۴. بعضی وقتها ۵. هیچ وقت	SF9	کیفیت زندگی - فرم SF	در انجام کارهای خاص یا سایر فعالیتهای محدودیت داشته اید	۱۲
شامل موارد SF10 تا SF12	-	کیفیت زندگی - فرم SF	این پرسشها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفاً برای هر سوال نزدیک ترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید، چه مدتی طی ۴ هفته گذشته	۱۳
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها ۴. بعضی وقتها ۵. هیچ وقت	SF10	کیفیت زندگی - فرم SF	احساس آرامش و امنیت داشته اید؟	۱۴
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها ۴. بعضی وقتها ۵. هیچ وقت	SF11	کیفیت زندگی - فرم SF	خود را پر از انرژی احساس می کرده اید؟	۱۵
۱. تمام اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. خیلی وقتها ۴. بعضی وقتها	SF12	کیفیت زندگی - فرم SF	خود را غمگین و افسرده احساس می کرده اید؟	۱۶

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه رضایت زندگی - فرم SWL

رضایت زندگی - فرم SWL				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	زندگی من در اکثر موارد به آرمان هایم نزدیک بوده است.	رضایت زندگی - فرم SLW	SWL1	۱. کاملاً موافقم ۲. موافقم ۳. تا حدودی موافقم ۴. بی نظر ۵. تا حدودی مخالفم ۶. مخالفم ۷. کاملاً مخالفم
۲	شرایط زندگی من عالی است.	رضایت زندگی - فرم SLW	SWL2	۱. کاملاً موافقم ۲. موافقم ۳. تا حدودی موافقم ۴. بی نظر ۵. تا حدودی مخالفم ۶. مخالفم ۷. کاملاً مخالفم
۳	از زندگی ام راضی هستم.	رضایت زندگی - فرم SLW	SWL3	۱. کاملاً موافقم ۲. موافقم ۳. تا حدودی موافقم ۴. بی نظر ۵. تا حدودی مخالفم ۶. مخالفم ۷. کاملاً مخالفم
۴	تا کنون هر آنچه را که در زندگی میخواستم به دست آوردم	رضایت زندگی - فرم SLW	SWL4	۱. کاملاً موافقم ۲. موافقم ۳. تا حدودی موافقم ۴. بی نظر ۵. تا حدودی مخالفم ۶. مخالفم ۷. کاملاً مخالفم
۵	اگر میتوانستم زندگی دوباره داشته باشم تقریباً هیچ چیز را تغییر نمی دادم	رضایت زندگی - فرم SLW	SWL5	۱. کاملاً موافقم ۲. موافقم ۳. تا حدودی موافقم ۴. بی نظر ۵. تا حدودی مخالفم ۶. مخالفم



پرسشنامه شاخص بهزیستی - فرم WHO

شاخص بهزیستی - فرم WHO				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	در طول دو هفته گذشته شاد و خوشحال بوده ام	شاخص بهزیستی - فرم WHO	WHO1	۱. تمام اوقات ۲. بیشتر اوقات ۳. کمی بیشتر از نیمی از اوقات ۴. کمی کمتر از نیمی از اوقات ۵. بعضی اوقات ۶. هیچ وقت
۲	در طول دو هفته گذشته احساس آرامش و راحتی داشته ام	شاخص بهزیستی - فرم WHO	WHO2	۱. تمام اوقات ۲. بیشتر اوقات ۳. کمی بیشتر از نیمی از اوقات ۴. کمی کمتر از نیمی از اوقات ۵. بعضی اوقات ۶. هیچ وقت
۳	در طول دو هفته گذشته احساس می کنم که فعال و پرنرژی بوده ام	شاخص بهزیستی - فرم WHO	WHO3	۱. تمام اوقات ۲. بیشتر اوقات ۳. کمی بیشتر از نیمی از اوقات ۴. کمی کمتر از نیمی از اوقات ۵. بعضی اوقات ۶. هیچ وقت
۴	در طول دو هفته گذشته شاداب و آسوده بیدار شده ام	شاخص بهزیستی - فرم WHO	WHO4	۱. تمام اوقات ۲. بیشتر اوقات ۳. کمی بیشتر از نیمی از اوقات ۴. کمی کمتر از نیمی از اوقات ۵. بعضی اوقات ۶. هیچ وقت
۵	در طول دو هفته گذشته زندگی روزمره ام مملو از چیزهای مورد علاقه من بوده است	شاخص بهزیستی - فرم WHO	WHO5	۱. تمام اوقات ۲. بیشتر اوقات ۳. کمی بیشتر از نیمی از اوقات ۴. کمی کمتر از نیمی از اوقات ۵. بعضی اوقات ۶. هیچ وقت

پرسشنامه تنهایی - فرم LON

تنهایی - فرم LON				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	بطور کلی احساس پوچی می کنم	تنهایی - فرم LON	LON1	۱. بلی ۲. تا حدودی ۳. خیر
۲	عده بسیاری هستند که می توانم بهنگام مشکلات به آنها تکیه کنم.	تنهایی - فرم LON	LON2	۱. بلی ۲. تا حدودی ۳. خیر
۳	افراد زیادی هستند که می توانم کاملاً به آنها اعتماد کنم	تنهایی - فرم LON	LON3	۱. بلی ۲. تا حدودی ۳. خیر
۴	دلیم برای دور هم بودن تنگ می شود	تنهایی - فرم LON	LON4	۱. بلی ۲. تا حدودی ۳. خیر
۵	به تعداد کافی افرادی هستند که احساس نزدیکی به آن ها می کنم	تنهایی - فرم LON	LON5	۱. بلی ۲. تا حدودی ۳. خیر
۶	اغلب احساس طرد شدگی دارم	تنهایی - فرم LON	LON6	۱. بلی ۲. تا حدودی ۳. خیر

پرسشنامه وقایع استرس زا - فرم SV

وقایع استرس زا - فرم SV				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا طی یکسال گذشته وقایع مهم و استرس زایی برای شما رخ داده است؟	وقایع استرس زا - فرم SV	SV1	۱. بلی ۲. خیر ۳. عدم پاسخ
۲	کدامیک از وقایع استرس زای زیر را طی ۱۲ ماه اخیر تجربه کرده اید؟	وقایع استرس زا - فرم SV	شامل موارد SV2 تا SV29	
۳	نگرانی در مورد سلامت یکی از اعضای خانواده	وقایع استرس زا - فرم SV	SV2	۰. خیر ۱. بلی
۴	مرگ اعضای اصلی خانواده	وقایع استرس زا - فرم SV	SV3	۰. خیر ۱. بلی
۵	نگرانی از آینده فردی و خانوادگی	وقایع استرس زا - فرم SV	SV4	۰. خیر ۱. بلی
۶	رسیدن به سنین سالمندی	وقایع استرس زا - فرم SV	SV5	۰. خیر ۱. بلی
۷	بیماری، مصدومیت، معلولیت یا هرگونه مشکل در سلامت جسمی یا روانی اعضای اصلی خانواده	وقایع استرس زا - فرم SV	SV6	۰. خیر ۱. بلی
۸	گرانی مسکن	وقایع استرس زا - فرم SV	SV7	۰. خیر ۱. بلی
۹	مرگ دوستان و خویشاوندان	وقایع استرس زا - فرم SV	SV8	۰. خیر ۱. بلی
۱۰	نگرانی از آینده مالی و اقتصادی	وقایع استرس زا - فرم SV	SV9	۰. خیر ۱. بلی
۱۱	بی ثباتی بازار	وقایع استرس زا - فرم SV	SV10	۱. بلی خیر
۱۲	دوری از اعضای خانواده	وقایع استرس زا - فرم SV	SV11	۰. خیر ۱. بلی
۱۳	خالی شدن خانه با ازدواج یا مهاجرت فرزندان	وقایع استرس زا - فرم SV	SV12	۰. خیر ۱. بلی
۱۴	نگرانی از زندگی پس از مرگ	وقایع استرس زا - فرم SV	SV13	۰. خیر ۱. بلی
۱۵	نگرانی از بازنشستگی	وقایع استرس زا - فرم SV	SV14	۰. خیر ۱. بلی
۱۶	وجود فرد نیازمند به مراقبت (بیمار، سالمند، معلول و معتاد) و نظایر آنها در خانواده	وقایع استرس زا - فرم SV	SV15	۰. خیر ۱. بلی

۰. خیر ۱. بلی	SV16	وقایع استرس زا - فرم SV	حوادث و بلایای ساخته بشر	۱۷
۰. خیر ۱. بلی	SV17	وقایع استرس زا - فرم SV	مشکلات تنها زندگی کردن	۱۸
۰. خیر ۱. بلی	SV18	وقایع استرس زا - فرم SV	اجاره نشینی	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	SV19	وقایع استرس زا - فرم SV	مشکلات فرزندان بزرگسال	۲۰
۰. خیر ۱. بلی	SV20	وقایع استرس زا - فرم SV	بیماری، مصدومیت، معلولیت یا مشکل در سلامت جسمی یا روانی شما	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	SV21	وقایع استرس زا - فرم SV	نارضایتی از کیفیت مسکن	۲۲
۰. خیر ۱. بلی	SV22	وقایع استرس زا - فرم SV	بیکاری	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	SV23	وقایع استرس زا - فرم SV	مشکلات حقوق و دستمزد	۲۴
۰. خیر ۱. بلی	SV24	وقایع استرس زا - فرم SV	مشکلات ترافیکی	۲۵
۰. خیر ۱. بلی	SV25	وقایع استرس زا - فرم SV	داشتن بدهی عمده	۲۶
۰. خیر ۱. بلی	SV26	وقایع استرس زا - فرم SV	مشاجره و جر و بحث با اعضای خانواده	۲۷
۰. خیر ۱. بلی	SV27	وقایع استرس زا - فرم SV	فساد اداری در پلیس، دادگاه، ادارات و دستگاه های دولتی، شهرداری و نظایر آن ها	۲۸
۰. خیر ۱. بلی	SV28	وقایع استرس زا - فرم SV	ترس از مرگ	
متن	SV29	وقایع استرس زا - فرم SV	سایر موارد را نام ببرید	

پرسشنامه ارزیابی اضطراب- فرم HADS

ارزیابی اضطراب - فرم HADS				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا طی هفته گذشته تنش داشتید؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS1	۱. بیشتر اوقات ۲. اغلب اوقات ۳. بعضی اوقات ۴. هیچ وقت
۲	آیا دچار احساس نگرانی از احتمال وقوع یک اتفاق ناگوار برای خود هستید؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS2	۱. بلی صد در صد و به صورت خیلی بد ۲. بله ولی نه خیلی ۳. کمی ولی نگرانم نمی کند ۴. اصلاً
۳	آیا افکار نگران کننده از ذهن شما می گذرد؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS3	۱. تقریباً همیشه (ولی نه همیشه) ۲. اکثر اوقات ۳. بعضی اوقات ۴. گهگاهی (خیلی کم)
۴	آیا می توانید آسوده بنشینید و احساس راحتی کنید؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS4	۱. بلی صد در صد ۲. اغلب اوقات ۳. به ندرت ۴. اصلاً
۵	آیا احساس ترس یا چیزی شبیه دلشوره به شما دست می دهد؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS5	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۶	آیا احساس عدم آسودگی و بی قراری می کنید؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS6	۱. بله صد در صد ۲. خیلی زیاد ۳. نه خیلی زیاد ۴. اصلاً
۷	آیا به طور ناگهانی احساس ترس و دلهره می کنید؟	- ارزیابی اضطراب فرم HADS	HADS7	۱. بله تقریباً همیشه ۲. بله اغلب اوقات ۳. بله خیلی کم ۴. اصلاً

پرسشنامه افسردگی - فرم CES

افسردگی - فرم CES				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	با چیزهایی که معمولاً مغل آسایش من نیستند، دچار پریشانی شده بودم.	افسردگی - فرم CES	CES-D1	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۲	طی هفته گذشته در متمرکز کردن افکارم بر روی کاری که انجام میدادم دچار مشکل بودم.	افسردگی - فرم CES	CES-D2	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۳	طی هفته گذشته احساس افسردگی می کردم	افسردگی - فرم CES	CES-D3	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۴	طی هفته گذشته احساس می کردم هر کاری که انجام می دادم تلاشی بی فایده بود.	افسردگی - فرم CES	CES-D4	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۵	طی هفته گذشته به آینده امیدوار نبودم.	افسردگی - فرم CES	CES-D5	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۶	طی هفته گذشته احساس ترس می کردم.	افسردگی - فرم CES	CES-D6	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۷	طی هفته گذشته خوابم بی قرار و نا آرام بود.	افسردگی - فرم CES	CES-D7	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۸	طی هفته گذشته توانایی پیگیری کارهایم را نداشتم.	افسردگی - فرم CES	CES-D8	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. بله تقریباً همیشه
۹	طی هفته گذشته احساس تنهایی می کردم.	افسردگی - فرم CES	CES-D9	۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً

۴. به تقریباً همیشه				
۱. اصلاً ۲. گاهی اوقات ۳. معمولاً ۴. به تقریباً همیشه	CES-D10	افسردگی - فرم CES	طی هفته گذشته خوشحال و شادمان نبودم.	۱۰

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



برسشنامه کیفیت خواب (PSQI) – The Pittsburgh Sleep Quality Index – فرم PSQI

کیفیت خواب (PSQI) – فرم PSQI				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	معمولاً شب‌ها چه ساعتی به رختخواب رفته‌اید؟ (ساعت/ دقیقه)	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI1	شامل موارد SQ1.1 و SQ1.2
۲	روزهای غیر تعطیل	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI1-1	عدد (ساعت: دقیقه)
۳	روزهای تعطیل	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI1-2	عدد (ساعت: دقیقه)
۴	از زمانی که به رختخواب می‌رفتید، چند دقیقه طول می‌کشید تا خوابتان ببرد؟	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI2	عدد (دقیقه)
۵	معمولاً صبح‌ها چه ساعتی از خواب بیدار می‌شدید؟	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI3	شامل موارد SQ3.1 و SQ3.2
۶	روزهای غیر تعطیل	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI3-1	عدد (ساعت: دقیقه)
۷	روزهای تعطیل	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI3-2	عدد (ساعت: دقیقه)
۸	میزان خواب واقعی شما در شب چند ساعت بوده است؟	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI4	عدد (ساعت)
۹	چند ساعت در رختخواب بوده‌اید؟	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI5	عدد (ساعت)
۱۰	در طی ماه گذشته چند بار به خاطر موارد زیر در خوابیدن مشکل داشته‌اید؟	کیفیت خواب- فرم PSQI		
۱۱	در عرض ۳۰ دقیقه نمی‌توانستید بخواب بروید.	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI6	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ۳ بار در هفته
۱۲	نیمه‌های شب یا صبح زود از خواب بیدار می‌شدید.	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI7	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ۳ بار در هفته
۱۳	مجبور بودید برای دستشویی رفتن بلند شوید.	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI8	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ۳ بار در هفته
۱۴	نمی‌توانستید به راحتی نفس بکشید.	کیفیت خواب- فرم PSQI	PSQI9	۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته

۴. ≤ ۳ بار در هفته				
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI10	کیفیت خواب- فرم PSQI	سرفه می کردید یا با صدای بلند خر و پف می کردید.	۱۵
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI11	کیفیت خواب- فرم PSQI	احساس می کردید خیلی سردتان است.	۱۶
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI12	کیفیت خواب- فرم PSQI	احساس می کردید خیلی گرم تان است.	۱۷
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI13	کیفیت خواب- فرم PSQI	کابوس می دیدید	۱۸
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI14	کیفیت خواب- فرم PSQI	درد داشتید.	۱۹
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI15	کیفیت خواب- فرم PSQI	اگر به جز موارد فوق دلایل دیگری وجود دارد مطرح کنید و ذکر کنید چندبار به علت موارد ذکر شده مشکل داشته اید. دلایل شما	۲۰
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI16	کیفیت خواب- فرم PSQI	در طول ماه گذشته چند بار برای به خواب رفتن داروی خواب آور یا آرام بخش مصرف کرده اید؟	۲۱
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI17	کیفیت خواب- فرم PSQI	در طول ماه گذشته چندبار در بیدار ماندن بهنگام رانندگی یا خوردن غذا یا فعالیت‌های اجتماعی مشکل داشتید؟	۲۲
۱. هیچ (صفر) ۲. کمتر از یکبار در هفته ۳. ۱-۲ بار در هفته ۴. ≤ ۳ بار در هفته	PSQI18	کیفیت خواب- فرم PSQI	در طول ماه گذشته چند بار در حفظ شور و شوق انجام کارها مشکل داشته اید؟	۲۳
۱. خیلی خوب ۲. نسبتاً خوب	PSQI19	کیفیت خواب- فرم PSQI	در طول ماه گذشته به طور کلی کیفیت خواب شما چگونه بود؟	۲۴

۳. نسبتا بد				
۴. خیلی بد				



پرسشنامه خواب (Berlin Questionnaire) - فرم SB

خواب Berlin Questionnaire - فرم SB				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا شما هنگام خواب خر و پف می کنید؟	خواب- فرم SB	SB1	۱. بلی ۲. خیر ۹۹۹. نمی دانم
۲	شدت صدای خر و پف شما در چه حد است؟	خواب- فرم SB	SB2	۱. کمی بلندتر از صدای نفس کشیدن عادی است. ۲. به بلندی صدای صحبت کردن عادی است. ۳. بلندتر از صدای صحبت کردن عادی است. ۴. خیلی بلند (قابل شنیدن از اتاق مجاور اتاق خواب)
۳	دفعات خر و پف شما چگونه است؟	خواب- فرم SB	SB3	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
۴	آیا خر و پف شما سبب اذیت اطرافیان می شود؟	خواب- فرم SB	SB4	۱. بلی ۲. خیر ۹۹۹. نمی دانم
۵	آیا تا بحال کسی به شما گفته که در حین خواب نفستان قطع میشود؟	خواب- فرم SB	SB5	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
۶	هر چند وقت یک بار پس از بیدار شدن از خواب احساس خستگی و کوفتگی می کنید؟	خواب- فرم SB	SB6	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز
۷	در زمان بیداری روزانه، آیا احساس خستگی یا کوفتگی یا احساس غیرعادی بودن می کنید؟	خواب- فرم SB	SB7	۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته

۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز				
۱. بلی ۰. خیر	SB8	خواب- فرم SB	آیا تا به حال برای شما پیش آمده در حال رانندگی چرت بزنید یا برای لحظه ای خواب بروید؟	۸
۱. تقریباً هر روز ۲. سه تا چهار بار در هفته ۳. یکی دو بار در هفته ۴. یکی دو بار در ماه ۵. هرگز یا تقریباً هرگز	SB8-1	خواب- فرم SB	اگر پاسخ سوال SB8 مثبت است؛ هر چند وقت یکبار این حالت پیش می آید؟	۹

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



برسشنامه خواب آلودگی (Epworth sleepiness scale) - فرم SEP

خواب آلودگی (Epworth sleepiness scale) - فرم SEP				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	چقدر احتمال دارد در هر یک از شرایط زیر چرت بزنید یا خواب تان ببرد؟	خواب آلودگی - فرم SE		شامل موارد SEP1 و SEP8
۲	نشستن و خواندن	خواب آلودگی - فرم SE	SEP1	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۳	تماشای تلویزیون	خواب آلودگی - فرم SE	SEP2	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۴	نشستن بی حرکت در مکان های عمومی مانند تئاتر و جلسه	خواب آلودگی - فرم SE	SEP3	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۵	به عنوان سرنشین یک ماشین بمدت یک ساعت بدون توقف	خواب آلودگی - فرم SE	SEP4	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۶	دراز کشیدن جهت استراحت بهنگام عصر در شرایطی که میسر باشد	خواب آلودگی - فرم SE	SEP5	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۷	نشستن و صحبت کردن با کسی	خواب آلودگی - فرم SE	SEP6	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۸	نشستن برای خوردن نهار	خواب آلودگی - فرم SE	SEP7	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد
۹	در ماشین بهنگام توقف پشت چراغ قرمز	خواب آلودگی - فرم SE	SEP8	۱. اصلا ۲. کمی ۳. تقریبا ۴. خیلی زیاد

پرسشنامه های ثبت آزمون روحی روانی - فرم MMSE

فرم ثبت آزمون روحی روانی - فرم MMSE				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	وضعیت دانش : ۱. با سواد / ۰. بیسواد	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE0	اگر شخص بی سواد باشد به سراغ سوالات AMTS بروید
۲	وقوف به زمان (۵ امتیاز) - در چه سال، فصل، ماه، روز ماه و روز هفته هستیم؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE1 تا MMSE5	شامل موارد MMSE1 تا MMSE5
۳	آیا می دانید که در کدام سال هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE1	۰. خیر ۱. بلی
۴	آیا می دانید که در کدام فصل سال هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE2	۰. خیر ۱. بلی
۵	آیا می دانید که در کدام ماه سال هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE3	۰. خیر ۱. بلی
۶	آیا می دانید که در کدام روز (چندمین روز ماه) هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE4	۰. خیر ۱. بلی
۷	آیا می دانید که در کدام روز هفته (چندشنبه) هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE5	۰. خیر ۱. بلی
۸	وقوف به مکان (۵ امتیاز) - کجا هستیم: نام کشور، شهر، محله، این بیمارستان یا مکان و این اتاق؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE6 تا MMSE10	شامل موارد MMSE6 تا MMSE10
۹	آیا می دانید در کدام کشور هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE6	۰. خیر ۱. بلی
۱۰	آیا می دانید در کدام شهر هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE7	۰. خیر ۱. بلی
۱۱	آیا می دانید در کدام محله هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE8	۰. خیر ۱. بلی
۱۲	آیا می دانید در کدام مکان هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE9	۰. خیر ۱. بلی
۱۳	آیا می دانید در کدام اتاق هستید؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE10	۰. خیر ۱. بلی
۱۴	به خاطر سپردن ۳ کلمه (۳ امتیاز) - از فرد بخواهید این سه شیء را نام ببرد: "سیب، میز، کفش" یا "توپ، پرچم، درخت"	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE11 تا MMSE13	شامل موارد MMSE11 تا MMSE13
۱۵	آیا شی سیب به درستی بیان شد؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE11	۰. خیر ۱. بلی
۱۶	آیا شی میز به درستی بیان شد؟	روانشناسی - فرم MMSE	MMSE12	۰. خیر ۱. بلی

۰. خیر ۱. بلی	MMSE13	روانشناسی - فرم MMSE	آیا شی کفش به درستی بیان شد؟	۱۷
۱.۱ ۲.۲ ۳.۳ ۴.۴ ۵.۵	MMSE14	روانشناسی - فرم MMSE	از فرد بخواهید حرف "لیوان" را از آخر به اول تکرار کند یا از صد، ۷ تا ۷ تا، کم کند.	۱۸
شامل موارد MMSE15 تا MMSE17		روانشناسی - فرم MMSE	به یاد آوردن ۳ کلمه (۳ امتیاز) - از فرد بخواهید که سه شیء قبلی را نام ببرد. (هر شیء یک نمره)	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	MMSE15	روانشناسی - فرم MMSE	آیا شی سیب مجدداً به درستی بیان شد؟	۲۰
۰. خیر ۱. بلی	MMSE16	روانشناسی - فرم MMSE	آیا شی میز مجدداً به درستی بیان شد؟	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	MMSE17	روانشناسی - فرم MMSE	آیا شی کفش مجدداً به درستی بیان شد؟	۲۲
شامل موارد MMSE18 تا MMSE19		روانشناسی - فرم MMSE	شناسایی اجسام (۲ امتیاز) - دو جسم ساعت و مداد را به فرد نشان داده و بخواهید که نام آن‌ها را بگوید.	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	MMSE18	روانشناسی - فرم MMSE	آیا نام شی قلم به درستی بیان شد؟	۲۴
۰. خیر ۱. بلی	MMSE19	روانشناسی - فرم MMSE	آیا نام شی ساعت به درستی بیان شد؟	۲۵
۰.۰ ۱.۱	MMSE20	روانشناسی - فرم MMSE	این جمله را تکرار کنید: "به هر چمن که رسیدی گلی بچین و برو." یا "تاجر تجارت توپ می کند."	۲۶
شامل موارد MMSE21 تا MMSE23		روانشناسی - فرم MMSE	فرمان (۳ امتیاز) - از فرد بخواهید این سه کار را پشت سرهم اجرا کند: "مداد بردارید؛ بگذارید روی کتاب؛ هردو را بگذارید روی زمین" یا تکه ای کاغذ بردارید و از شخص بخواهید که: "کاغذ را بگیرد؛ تا کند؛ بر روی زمین بگذارد."	۲۷
۰. خیر ۱. بلی	MMSE21	روانشناسی - فرم MMSE	آیا مداد توسط فرد برداشته شد؟	۲۸
۰. خیر ۱. بلی	MMSE22	روانشناسی - فرم MMSE	آیا مداد توسط فرد بر روی کتاب گذاشته شد؟	۲۹
۰. خیر ۱. بلی	MMSE23	روانشناسی - فرم MMSE	آیا مداد و کتاب بر روی زمین گذاشته شدند؟	۳۰

۱.۱ ۰.۰	MMSE24	روانشناسی - فرم MMSE	از فرد بخواهید این نوشته را بخواند و انجام دهد: "چشمتان را ببندید"	۳۱
۰.۰ ۱.۱	MMSE25	روانشناسی - فرم MMSE	از فرد بخواهید یک جمله دلخواه را روی کاغذ بنویسد	۳۲
۰.۰ ۱.۱	MMSE26	روانشناسی - فرم MMSE	از شخص بخواهید تصویر فوق را کپی کند 	۳۳
	CDT		آزمون ترسیم ساعت	۳۴
۰.۰ ۱.۱ ۲.۲ ۳.۳ ۴.۴ ۵.۵	CDT1	روانشناسی - فرم MMSE	لطفاً اعداد ساعت را کامل کنید. سپس ساعت را طوری تنظیم کنید که یازده و ده دقیقه را نشان دهد.	۳۵
		روانشناسی - فرم MMSE	آزمون کوتاه شناختی AMTS	۳۶
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS1	روانشناسی - فرم MMSE	چند سال دارید؟	۳۷
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS2	روانشناسی - فرم MMSE	الآن ساعت چند است؟	۳۸
به سوال AMTS10 مراجعه شود		روانشناسی - فرم MMSE	AMTS10 - این آدرس را پس از من تکرار کنید، می خواهیم در پایان آزمون مجدداً آن را از شما بپرسم: خیابان پیروزی - پلاک ۴۲	۳۹
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS3	روانشناسی - فرم MMSE	الآن چه سالی است؟	۴۰
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS4	روانشناسی - فرم MMSE	نام این محلی که در آن هستید، چیست؟	۴۱
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS5	روانشناسی - فرم MMSE	دو نفر از کارکنان را به مراجعه کننده نشان دهید و از او بپرسید چه سمت یا شغلی دارند؟ یا دو تصویر (پستچی، آشپز) را به شخص نشان دهید و شغل آنها را از مراجعه کننده بپرسید؟	۴۲
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS6	روانشناسی - فرم MMSE	تاریخ تولد خود را بگویید؟ (متولد چه سالی هستید؟)	۴۳
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS7	روانشناسی - فرم MMSE	انقلاب اسلامی در چه سالی افتاد؟ یا جنگ ایران و عراق در چه سالی شروع شد؟	۴۴
.. پاسخ نادرست ۱. پاسخ صحیح	AMTS8	روانشناسی - فرم MMSE	رهبر فعلی انقلاب اسلامی کیست؟	۴۵

۰۰ پاسخ نادرست ۰۱ پاسخ صحیح	AMTS9	روانشناسی - فرم MMSE	از ۲۰ تا ۱ را به طور معکوس بشمارید ؟	۴۶
۰۰ پاسخ نادرست ۰۱ پاسخ صحیح	AMTS10	روانشناسی - فرم MMSE	از مراجعه کننده بخواهید آدرس قبلی را تکرار کند	۴۷
متن		روانشناسی - فرم MMSE	توضیحات موارد خاص :	۴۸



## بخش تغذیه

### پرسشنامه ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE

ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	آیا طی ۶ ماه گذشته وزن شما تغییر کرده است؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE1	۱. خیر ۲. افزایش وزن داشته ام ۳. کاهش وزن داشته ام ۴. نمی دانم
۲	طی ۶ ماه گذشته چه مقدار افزایش وزن داشته اید؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE2	۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم ۴. نمی دانم
۳	طی ۶ ماه گذشته چه مقدار کاهش وزن داشته اید؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE3	۱. بیشتر از ۴/۵ کیلوگرم ۲. ۲/۵ الی ۴/۵ کیلوگرم ۳. کمتر از ۲/۵ کیلوگرم ۴. نمی دانم
۴	اشتهای شما چگونه است؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE4	۱. خوب ۲. معمولی ۳. کم ۱. هرگز
۵	آیا به هنگام بلعیدن غذا مشکلاتی از قبیل سرفه، احساس خفگی یا بلع دردناک دارید؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE5	۱. به ندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اغلب
۶	شما غذای روزانه خود را در چند وعده می خورید؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE6	۱. کمتر از سه وعده ۲. سه وعده (صبحانه، ناهار، شام) ۳. چهار وعده (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده) ۴. پنج الی شش وعده (صبحانه، ناهار، شام، ۲-۳ میان وعده) ۵. بیش از ۶ وعده
۷	آیا در طول روز حداقل یک وعده غذایی را همراه با سایر افراد خانواده میخورید؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE7	۱. هرگز و یا به ندرت ۲. گاهی اوقات ۳. اغلب ۴. همیشه
۸	شما میوه و سبزی را به چه صورتی (روزانه یا هفتگی) مصرف میکنید؟	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	FHE8	۱. روزانه ۲. هفتگی ۳. ماهیانه

۴. اصلا مصرف نمی کند.				
۱. پنج و بیشتر ۲. چهار ۳. سه ۴. دو ۵. کمتر از دو	FHE8-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	روزانه چند بار میوه و سبزی مصرف می کنید؟	۹
۱. پنج و بیشتر ۲. چهار ۳. سه ۴. دو ۵. کمتر از دو	FHE8-2	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	هفته ای چند بار میوه و سبزی مصرف می کنید؟	۱۰
۱. پنج و بیشتر ۲. چهار ۳. سه ۴. دو ۵. کمتر از دو	FHE8-3	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	ماهانه چند بار میوه و سبزی مصرف می کنید؟	۱۱
۱. بلی ۲. بعضی مواقع ۳. خیر ۱. کم نمک	FHE9	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	آیا عادت به اضافه کردن نمک به غذا در سفره دارید؟	۱۲
۲. با نمک متوسط ۳. پر نمک	FHE10	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	به طور معمول غذاهای خود را چطور مصرف میکنید؟	۱۳
۱. هرگز ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. ۱-۳ بار در ماه ۴. ۱-۳ بار در هفته ۵. روزانه	FHE11	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	هرچند وقت یکبار غذاهای کبابی میخورید؟	۱۴
۱. هرگز ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. ۱-۳ بار در ماه ۴. ۱-۳ بار در هفته ۵. روزانه	FHE12	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	هر چند وقت یکبار از غذای سرخ شده استفاده می کنید؟	۱۵
۱. تفت دادن ۲. طلایی شدن ۳. قهوه ای شدن ۴. سرخ نمیکند	FHE13	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	نحوه سرخ کردن بادمجان و کدو چگونه میباشد؟	۱۶

۱. تفت دادن ۲. طلایی شدن ۳. قهوه ای شدن ۴. سرخ نمیکند	FHE14	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	نحوه سرخ کردن سیب زمینی چگونه میباشد؟	۱۷
۱. تفت دادن ۲. طلایی شدن ۳. قهوه ای شدن ۴. سرخ نمیکند	FHE15	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	نحوه سرخ کردن پیاز چگونه میباشد؟	۱۸
۱. تفت دادن ۲. طلایی شدن ۳. قهوه ای شدن ۴. سرخ نمیکند	FHE16	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	نحوه سرخ کردن سبزیجات چگونه میباشد؟	۱۹
۱. روغن جامد ۲. روغن نیمه جامد ۳. روغن مایع سرخ کردنی ۴. سایر روغن ها	FHE17	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع روغنی برای سرخ کردن مواد غذایی استفاده میکنید؟	۲۰
متن	FHE17-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع روغن ها	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	FHE18	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	آیا از روغن های مانده پس از سرخ کردن یا پختن سایر غذاها دوباره استفاده میکنید؟	۲۲
متن	FHE18-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	در صورت مثبت بودن سؤال قبلی تا چند بار از آن استفاده میکنید؟	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	FHE19	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	اگر غذایی مثل رب، مربا، ترشی، آغوره و سرکه کپک زده بود قسمتی از آن را برداشته و بقیه را مصرف میکنید؟	۲۴
۱. هرگز ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. ۱-۳ بار در ماه ۴. ۱-۳ بار در هفته ۵. روزانه	FHE20	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	آیا شما از غذاهای دودی مثل برنج دودی و ماهی دودی استفاده میکنید؟	۲۵
۱. خشک شده ۲. یخچال ۳. فریزر ۴. نگه داری نمی کنند(هیچکدام)	FHE21	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سبزیجات را به چه صورت نگهداری میکنید؟	۲۶
۱. خام ۲. آب پز شده ۳. سرخ شده ۴. نگه داری نمی کنند (هیچکدام)	FHE22	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	در صورت نگهداری سبزیجات در یخچال یا فریزر، آنها را به چه صورت نگه میدارید؟	۲۷

۱. خام ۲. آب پز شده ۳. سرخ شده ۴. کبابی	FHE23	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	مواد گوشتی را در یخچال یا فریزر به چه صورتی نگه میدارید؟	۲۸
۱. داغ ۲. ولرم ۳. سرد ۴. مصرف نمی کنند	FHE24	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	چای و قهوه را با چه دمایی میخورید؟	۲۹
۱. داغ ۲. ولرم ۳. سرد ۴. مصرف نمی کنند	FHE25	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سوپ، آش و سایر مواد غذایی آبکی و مایع را با چه دمایی می خورید؟	۳۰
۱. پلاستیکی ۲. استیل ۳. چینی ۴. شیشه ای ۵. سایر موارد	FHE26	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع ظروفی برای نگهداری آب استفاده میکنید؟	۳۱
متن	FHE26-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۳۲
۱. پلاستیکی ۲. استیل ۳. چینی ۴. شیشه ای ۵. سایر موارد	FHE27	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع ظروفی برای نگهداری نان استفاده میکنید؟	۳۳
متن	FHE27-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۳۴
۱. پلاستیکی ۲. استیل ۳. چینی ۴. شیشه ای ۵. سایر موارد	FHE28	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع ظروفی برای نگهداری آلبیمو و آبغوره استفاده میکنید؟	۳۵
متن	FHE28-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۳۶
۱. پلاستیکی ۲. استیل ۳. چینی ۴. شیشه ای ۵. سایر موارد	FHE29	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع ظروفی برای نگهداری رب و آب گوجه فرنگی استفاده میکنید؟	۳۷

متن	FHE29-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۳۸
۱. پلاستیکی ۲. استیل ۳. چینی ۴. شیشه ای ۵. سایر موارد	FHE30	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع ظروفی برای نگهداری ترشی و خیار شور استفاده میکنید؟	۳۹
متن	FHE30-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۴۰
۱. روی ۲. مس ۳. آلومینیوم ۴. لعابی ۵. تفلن ۶. چدن ۷. استیل ۸. پیرکس ۹. سایر	FHE31	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	از چه نوع ظروفی برای پخت و پز استفاده میکنید؟	۴۱
متن	FHE31-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۴۲
۱. بلی ۲. خیر	FHE32	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	آیا از ظروف تفلون که سطوح شان خراش دار است استفاده میکنید؟	۴۳
۱. چینی ۲. آلومینیوم ۳. لعابی ۴. ملامین ۵. استیل ۶. پلاستیکی ۷. شیشه ای ۸. آرکوپال ۹. کاسه کلی	FHE33	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	در چه ظروفی غذا میخورید؟	۴۴
۱. مس ۲. چینی ۳. آلومینیوم ۴. لعابی ۵. ملامین ۶. استیل ۷. پلاستیکی ۸. شیشه ای	FHE34	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	غذاهای مانده را در چه ظروفی نگهداری میکنید؟	۴۵

۹. سایر				
متن	FHE34-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	سایر انواع ظروف	۴۶
۰. خیر ۱. بلی	FHE35	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	آیا نسبت به غذای خاصی آلرژی یا حساسیت دارید؟	۴۷
متن	FHE35-1	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	در صورت مثبت بودن سؤال قبلی به چه نوع غذایی آلرژی یا حساسیت دارید؟	۴۸
۰. خیر ۱. بلی	FHE36	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	آیا از دم کرده های داروهای گیاهی، عرقیجات و یا پودر های گیاهی (مثل چونه، گل گاو زبان و ...) استفاده میکنید؟	۴۹
۱. هرگز ۲. کمتر از یکبار در ماه ۳. ۱-۳ بار در ماه ۴. ۱-۳ بار در هفته ۵. روزانه	FHE37	ارزیابی عادات غذایی - فرم FHE	چند وقت یکبار غذاهای تند مصرف میکنید (فقط مصرف پودر قرمز یا فلفل سیاه)؟	۵۰

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

برسنامه تست چشایی - فرم TASTE

تست چشایی - فرم TASTE				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	به طور کلی وضعیت چشایی خود را چگونه توصیف می نمایید	تست چشایی - فرم TASTE	Tase1	۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. بد
۲	آیا مزه خاصی را تشخیص نمی دهید؟	تست چشایی - فرم TASTE	Taste2	۰. خیر ۱. بلی
۳	اگر بلی کدام مزه را تشخیص نمی دهید؟	تست چشایی - فرم TASTE	Tase2-1	۱. تلخ ۲. ترش ۳. شیرین ۴. شور
۴	تقریباً از چه سنی مزه تلخ را تشخیص نمی دهید؟	تست چشایی - فرم TASTE	Taste2-2	عدد(سال)
۵	تقریباً از چه سنی مزه ترش را تشخیص نمی دهید؟	تست چشایی - فرم TASTE	Taste2-3	عدد(سال)
۶	تقریباً از چه سنی مزه شیرین را تشخیص نمی دهید؟	تست چشایی - فرم TASTE	Taste2-4	عدد(سال)
۷	تقریباً از چه سنی مزه شور را تشخیص نمی دهید؟	تست چشایی - فرم TASTE	Taste2-5	عدد(سال)

پرسشنامه بسامد خوراک: شیر و لبنیات – فرم DRY

شیر و لبنیات- فرم DRY				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	شیر	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1	ملاحظات (کم چرب، پرچرب/محلی)، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه) میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۲	ملاحظات	فرم شیر و لبنیات- DRY		کم چرب
۳	واحد	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-1	۱. لیوان
۴	متوسط بار مصرف	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-2	عدد
۵	نوع مصرف	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۶	میزان مصرف هربار	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-4	عدد
۷	ماه در سال	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-5	عدد
۸	توضیحات	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-6	متن
۹	ملاحظات	فرم شیر و لبنیات- DRY		پرچرب/ محلی
۱۰	واحد	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-7	۱. لیوان
۱۱	متوسط بار مصرف	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-8	عدد
۱۲	نوع مصرف	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-9	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۳	میزان مصرف هربار	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-10	عدد
۱۴	ماه در سال	فرم شیر و لبنیات- DRY	DRY1-11	عدد

متن	DRY1-12	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۱۵
ملاحظات(کم چرب، پرچرب/ محلی، خامه ای، چکیده)، واحد(کاسه ماست خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	DRY2	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماست	۱۶
کم چرب		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۱۸
۱. کاسه ماست خوری	DRY2-1	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۱۹
عدد	DRY2-2	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۲۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY2-3	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۲۱
عدد	DRY2-4	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هربار	۲۲
عدد	DRY2-5	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۲۳
متن	DRY2-6	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۲۴
پرچرب/ محلی		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۲۵
کاسه ماست خوری	DRY2-7	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۲۶
عدد	DRY2-8	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۲۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY2-9	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۲۸
عدد	DRY2-10	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هربار	۲۹

عدد	DRY2-11	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۳۰
متن	DRY2-12	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۳۱
خامه ای		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۳۲
۳. قاشق غذاخوری	DRY2-13	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۳۳
عدد	DRY2-14	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۳۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY2-15	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۳۵
عدد	DRY2-16	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هریار	۳۶
عدد	DRY2-17	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۳۷
متن	DRY2-18	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۳۸
چکیده		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۳۹
۳. قاشق غذاخوری	DRY2-19	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۴۰
عدد	DRY2-20	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۴۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY2-21	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۴۲
عدد	DRY2-22	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هریار	۴۳
عدد	DRY2-23	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۴۴
متن	DRY2-24	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۴۵
ملاحظات(معمولی، خامه ای، محلی)، واحد(قوطی کبریت)، متوسط بار	DRY3	فرم شیر و لبنیات- DRY	پنیر	۴۶

مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات				
معمولی		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۴۷
۲. قوطی کبریت	DRY3-1	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۴۸
عدد	DRY3-2	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۴۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY3-3	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۵۰
عدد	DRY3-4	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هربار	۵۱
عدد	DRY3-5	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۵۲
متن	DRY3-6	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۵۳
خامه ای		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۵۴
۲. قوطی کبریت	DRY3-7	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۵۵
عدد	DRY3-8	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۵۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY3-9	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۵۷
عدد	DRY3-10	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هربار	۵۸
عدد	DRY3-11	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۵۹
متن	DRY3-12	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۶۰
محلی		فرم شیر و لبنیات- DRY	ملاحظات	۶۱
۲. قوطی کبریت	DRY3-13	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۶۲

عدد	DRY3-14	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۶۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY3-15	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۶۴
عدد	DRY3-16	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هریار	۶۵
عدد	DRY3-17	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۶۶
متن	DRY3-18	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۶۷
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	DRY4	فرم شیر و لبنیات- DRY	دوغ	۶۸
۱. لیوان	DRY4-1	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۶۹
عدد	DRY4-2	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۷۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY4-3	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۷۱
عدد	DRY4-4	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هریار	۷۲
عدد	DRY4-5	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۷۳
متن	DRY4-6	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۷۴
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	DRY5	فرم شیر و لبنیات- DRY	کشک	۷۵
۳. قاشق غذاخوری	DRY5-1	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۷۶
عدد	DRY5-2	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۷۷

۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY5-3	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۷۸
عدد	DRY5-4	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هر بار	۷۹
عدد	DRY5-5	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۸۰
متن	DRY5-6	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۸۱
ملاحظات، واحد (لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	DRY6	فرم شیر و لبنیات- DRY	شیر طعم دار (شیر کاکائو، شیر قهوه، شیر عسل و غیره)	۸۲
۱. لیوان	DRY6-1	فرم شیر و لبنیات- DRY	واحد	۸۳
عدد	DRY6-2	فرم شیر و لبنیات- DRY	متوسط بار مصرف	۸۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	DRY6-3	فرم شیر و لبنیات- DRY	نوع مصرف	۸۵
عدد	DRY6-4	فرم شیر و لبنیات- DRY	میزان مصرف هر بار	۸۶
عدد	DRY6-5	فرم شیر و لبنیات- DRY	ماه در سال	۸۷
متن	DRY6-6	فرم شیر و لبنیات- DRY	توضیحات	۸۸

پرسشنامه بسامد خوراکی: فرم نان و غلات – BRD

فرم نان و غلات – BRD				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	نان لواش	فرم نان و غلات – BRD	BRD1	ملاحظات، واحد (کف دست) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم نان و غلات – BRD	BRD1-1	۲. کف دست
۳	متوسط بار مصرف	فرم نان و غلات – BRD	BRD1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم نان و غلات – BRD	BRD1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هربار	فرم نان و غلات – BRD	BRD1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم نان و غلات – BRD	BRD1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم نان و غلات – BRD	BRD1-6	متن
۸	نان بربری / تافتون	فرم نان و غلات – BRD	BRD2	ملاحظات، واحد(کف دست) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۹	واحد	فرم نان و غلات – BRD	BRD2-1	۲. کف دست
۱۰	متوسط بار مصرف	فرم نان و غلات – BRD	BRD2-2	عدد
۱۱	نوع مصرف	فرم نان و غلات – BRD	BRD2-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۲	میزان مصرف هربار	فرم نان و غلات – BRD	BRD2-4	عدد

عدد	BRD2-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۱۳
متن	BRD2-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۱۴
ملاحظات، واحد(کف دست) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	BRD3	فرم نان و غلات- BRD	نان سنگک	۱۵
۲. کف دست	BRD3-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۱۶
عدد	BRD3-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD3-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۱۹
عدد	BRD3-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هر بار	۲۰
عدد	BRD3-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۲۱
متن	BRD3-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۲۲
ملاحظات (باسبوس، سفید)، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	BRD4	فرم نان و غلات- BRD	نان باگت و فانتزی	۲۳
باسبوس		فرم نان و غلات- BRD	ملاحظات	۲۴
۳. عدد	BRD4-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۲۵
عدد	BRD4-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۲۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD4-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۲۷

عدد	BRD4-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هربار	۲۸
عدد	BRD4-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۲۹
متن	BRD4-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۳۰
سفید		فرم نان و غلات- BRD	ملاحظات	۳۱
۳. عدد	BRD4-7	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۳۲
عدد	BRD4-8	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۳۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD4-9	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۳۴
عدد	BRD4-10	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هربار	۳۵
عدد	BRD4-11	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۳۶
متن	BRD4-12	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۳۷
ملاحظات، واحد(کفگیر، قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	BRD5	فرم نان و غلات- BRD	برنج پخته	۳۸
۴. کفگیر ۵. قاشق غذاخوری	BRD5-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۳۹
عدد	BRD5-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۴۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD5-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۴۱
عدد	BRD5-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هربار	۴۲
عدد	BRD5-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۴۳

متن	BRD5-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۴۴
ملاحظات، واحد(کفگیر) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	BRD6	فرم نان و غلات- BRD	ماکارونی پخته	۴۵
۴. کفگیر	BRD6-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۴۶
عدد	BRD6-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۴۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD6-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۴۸
عدد	BRD6-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هر بار	۴۹
عدد	BRD6-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۵۰
متن	BRD6-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۵۱
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	BRD7	فرم نان و غلات- BRD	جو پخته / بلغور	۵۲
۵. قاشق غذا خوری	BRD7-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۵۳
عدد	BRD7-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۵۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD7-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۵۵
عدد	BRD7-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هر بار	۵۶
عدد	BRD7-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۵۷
متن	BRD7-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۵۸

ملاحظات، واحد(کف دست) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	BRD8	فرم نان و غلات- BRD	نان رژیمی	۵۹
۲. کف دست	BRD8-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۶۰
عدد	BRD8-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۶۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD8-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۶۲
عدد	BRD8-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هر بار	۶۳
عدد	BRD8-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۶۴
متن	BRD8-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۶۵
ملاحظات، واحد(کف دست، عدد) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	BRD9	فرم نان و غلات- BRD	نان محلی روغنی (لتیرگ)	۶۶
۲. کف دست ۳. عدد	BRD9-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۶۷
عدد	BRD9-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۶۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD9-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۶۹
عدد	BRD9-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هر بار	۷۰
عدد	BRD9-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۷۱
متن	BRD9-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۷۲

ملاحظات، واحد(کف دست، عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	BRD10	فرم نان و غلات- BRD	نان محلی تنوری	۷۳
۲. کف دست ۳. عدد	BRD10-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۷۴
عدد	BRD10-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۷۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD10-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۷۶
عدد	BRD10-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هربار	۷۷
عدد	BRD10-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۷۸
متن	BRD10-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۷۹
ملاحظات، واحد (کف دست)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	BRD11	فرم نان و غلات- BRD	نان خشک	۸۰
۲. کف دست	BRD11-1	فرم نان و غلات- BRD	واحد	۸۱
عدد	BRD11-2	فرم نان و غلات- BRD	متوسط بار مصرف	۸۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	BRD11-3	فرم نان و غلات- BRD	نوع مصرف	۸۳
عدد	BRD11-4	فرم نان و غلات- BRD	میزان مصرف هربار	۸۴
عدد	BRD11-5	فرم نان و غلات- BRD	ماه در سال	۸۵
متن	BRD11-6	فرم نان و غلات- BRD	توضیحات	۸۶

۱. یک برش ۱۰ در ۱۰ برابر یک کف دست است
۲. برای برنج پخته از بشقاب غذا خوری هم می توان استفاده کرد.
۳. برای نان خشک از مشت هم می توان به عنوان واحد اندازه گیری استفاده کرد.

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه بسامد خوراکی: فرم ادویه جات-COND

فرم ادویه جات-COND				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	نمک	فرم ادویه جات- COND	COND1	ملاحظات، واحد(قاشق چایی خوری)، متوسط بار مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم ادویه جات- COND	COND1-1	۱. قاشق چای خوری
۳	متوسط بار مصرف	فرم ادویه جات- COND	COND 1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم ادویه جات- COND	COND 1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هربار	فرم ادویه جات- COND	COND 1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم ادویه جات- COND	COND 1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم ادویه جات- COND	COND 1-6	متن

پرسشنامه بسامد خوراکی: فرم میوه - FRU

فرم میوه - FRU				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	طالبی و گرمک	فرم میوه - FRU	FRU1	ملاحظات، واحد(قاج متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم میوه - FRU	FRU1-1	۱. قاج متوسط
۳	متوسط بار مصرف	فرم میوه - FRU	FRU1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم میوه - FRU	FRU1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هربار	فرم میوه - FRU	FRU1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم میوه - FRU	FRU1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم میوه - FRU	FRU1-6	متن
۸	هندوانه	فرم میوه - FRU	FRU2	ملاحظات، واحد(قاج متوسط) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۹	واحد	فرم میوه - FRU	FRU2-1	۱. قاج متوسط
۱۰	متوسط بار مصرف	فرم میوه - FRU	FRU2-2	عدد
۱۱	نوع مصرف	فرم میوه - FRU	FRU2-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۲	میزان مصرف هربار	فرم میوه - FRU	FRU2-4	عدد
۱۳	ماه در سال	فرم میوه - FRU	FRU2-5	عدد
۱۴	توضیحات	فرم میوه - FRU	FRU2-6	متن
۱۵	خریزه	فرم میوه - FRU	FRU3	ملاحظات، واحد(قاج متوسط) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات

در سال، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات				
۱. قاج متوسط	FRU3-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۶
عدد	FRU3-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU3-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۹
عدد	FRU3-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۲۰
عدد	FRU3-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۲۱
متن	FRU3-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۲۲
ملاحظات، واحد(عدد متوسط، عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU4	فرم میوه- FRU	زردآلو	۲۳
۲. عدد متوسط ۴. عدد	FRU4-1	فرم میوه- FRU	واحد	۲۴
عدد	FRU4-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU4-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۲۶
عدد	FRU4-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۲۷
عدد	FRU4-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۲۸
متن	FRU4-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۲۹
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU5	فرم میوه- FRU	گیلاس / آلبالو	۳۰
۲. عدد متوسط	FRU5-1	فرم میوه- FRU	واحد	۳۱
عدد	FRU5-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۳۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه	FRU5-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۳۳

۵. سالانه				
عدد	FRU5-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۳۴
عدد	FRU5-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۳۵
متن	FRU5-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۳۶
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU6	فرم میوه- FRU	هلو / شلیل / شفتالو	۳۷
۲. عدد متوسط	FRU6-1	فرم میوه- FRU	واحد	۳۸
عدد	FRU6-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۳۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU6-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۴۰
عدد	FRU6-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۴۱
عدد	FRU6-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۴۲
متن	FRU6-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۴۳
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف، (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU7	فرم میوه- FRU	گوجه سبز	۴۴
۲. عدد متوسط	FRU7-1	فرم میوه- FRU	واحد	۴۵
عدد	FRU7-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۴۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU7-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۴۷
عدد	FRU7-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۴۸
عدد	FRU7-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۴۹
متن	FRU7-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۵۰
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU8	فرم میوه- FRU	انواع توت تازه (سفید، قرمز، شاه توت)	۵۱

۲. عدد متوسط	FRU8-1	فرم میوه- FRU	واحد	۵۲
عدد	FRU8-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۵۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU8-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۵۴
عدد	FRU8-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۵۵
عدد	FRU8-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۵۶
متن	FRU8-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۵۷
ملاحظات، واحد(عدد متوسط) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU9	فرم میوه- FRU	توت فرنگی	۵۸
۲. عدد متوسط	FRU9-1	فرم میوه- FRU	واحد	۵۹
عدد	FRU9-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۶۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU9-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۶۱
عدد	FRU9-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۶۲
عدد	FRU9-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۶۳
متن	FRU9-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۶۴
ملاحظات، واحد(عدد متوسط) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU10	فرم میوه- FRU	آلو (زرد، قرمز)	۶۵
۲. عدد متوسط	FRU10-1	فرم میوه- FRU	واحد	۶۶
عدد	FRU10-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۶۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU10-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۶۸
عدد	FRU10-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۶۹
عدد	FRU10-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۷۰

متن	FRU10-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۷۱
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU11	فرم میوه- FRU	انجیر تازه	۷۲
۲. عدد متوسط	FRU11-1	فرم میوه- FRU	واحد	۷۳
عدد	FRU11-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۷۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU11-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۷۵
عدد	FRU11-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۷۶
عدد	FRU11-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۷۷
متن	FRU11-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۷۸
ملاحظات، واحد(خوشه، لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU12	فرم میوه- FRU	انگور	۷۹
۵. خوشه متوسط ۶. لیوان	FRU12-1	فرم میوه- FRU	واحد	۸۰
عدد	FRU12-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۸۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU12-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۸۲
عدد	FRU12-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۸۳
عدد	FRU12-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۸۴
متن	FRU12-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۸۵
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه	FRU13	فرم میوه- FRU	گلای	۸۶

در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات				
۲. عدد متوسط	FRU13-1	فرم میوه- FRU	واحد	۸۷
عدد	FRU13-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۸۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU13-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۸۹
عدد	FRU13-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۹۰
عدد	FRU13-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۹۱
متن	FRU13-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۹۲
ملاحظات(با پوست، بدون پوست)، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU14	فرم میوه- FRU	سیب	۹۳
۲. عدد متوسط	FRU14-1	فرم میوه- FRU	واحد	۹۴
عدد	FRU14-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۹۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU14-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۹۶
عدد	FRU14-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۹۷
عدد	FRU14-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۹۸
متن	FRU14-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۹۹
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU15	فرم میوه- FRU	به	۱۰۰
۲. عدد متوسط	FRU15-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۰۱
عدد	FRU15-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۰۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU15-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۰۳

عدد	FRU15-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هریار	۱۰۴
عدد	FRU15-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۰۵
متن	FRU15-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۰۶
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	FRU16	فرم میوه- FRU	کیوی	۱۰۷
۲. عدد متوسط	FRU16-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۰۸
عدد	FRU16-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۰۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU16-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۱۰
عدد	FRU16-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هریار	۱۱۱
عدد	FRU16-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۱۲
متن	FRU16-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۱۳
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	FRU17	فرم میوه- FRU	مرکبات (پرتقال، نارنگی، لیمو ترش، لیمو شیرین، گریپ فروت)	۱۱۴
۲. عدد متوسط	FRU17-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۱۵
عدد	FRU17-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۱۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU17-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۱۷
عدد	FRU17-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هریار	۱۱۸
عدد	FRU17-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۱۹
متن	FRU17-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۲۰
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	FRU18	فرم میوه- FRU	انار	۱۲۱
۲. عدد متوسط	FRU18-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۲۲

عدد	FRU18-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۲۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU18-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۲۴
عدد	FRU18-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۲۵
عدد	FRU18-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۲۶
متن	FRU18-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۲۷
ملاحظات، واحد(عدد متوسط) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU19	فرم میوه- FRU	موز	۱۲۸
۲. عدد متوسط	FRU19-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۲۹
عدد	FRU19-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۳۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU19-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۳۱
عدد	FRU19-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۳۲
عدد	FRU19-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۳۳
متن	FRU19-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۳۴
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU20	فرم میوه- FRU	خرمالو	۱۳۵
۲. عدد متوسط	FRU20-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۳۶
عدد	FRU20-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۳۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU20-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۳۸
عدد	FRU20-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۳۹
عدد	FRU20-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۴۰
متن	FRU20-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۴۱

ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU21	فرم میوه- FRU	خرما / خارک / رطب	۱۴۲
۲. عدد متوسط	FRU21-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۴۳
عدد	FRU21-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۴۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU21-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۴۵
عدد	FRU21-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۴۶
عدد	FRU21-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۴۷
متن	FRU21-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۴۸
ملاحظات (سیب، پرتغال، طالبی، سایر موارد)، واحد (لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU22	فرم میوه- FRU	آبمیوه طبیعی	۱۴۹
سیب		فرم میوه- FRU	ملاحظات	۱۵۰
۶. لیوان	FRU22-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۵۱
عدد	FRU22-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۵۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU22-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۵۳
عدد	FRU22-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۵۴
عدد	FRU22-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۵۵
متن	FRU22-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۵۶
پرتغال		فرم میوه- FRU	ملاحظات	۱۵۷
۶. لیوان	FRU22-7	فرم میوه- FRU	واحد	۱۵۸
عدد	FRU22-8	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۵۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه	FRU22-9	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۶۰

۵. سالانه				
عدد	FRU22-10	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هریار	۱۶۱
عدد	FRU22-11	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۶۲
متن	FRU22-12	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۶۳
طالبی		فرم میوه- FRU	ملاحظات	۱۶۴
۶. لیوان	FRU22-13	فرم میوه- FRU	واحد	۱۶۵
عدد	FRU22-14	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۶۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU22-15	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۶۷
عدد	FRU22-16	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هریار	۱۶۸
عدد	FRU22-17	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۶۹
متن	FRU22-18	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۷۰
سایر موارد		فرم میوه- FRU	ملاحظات	۱۷۱
۶. لیوان	FRU22-19	فرم میوه- FRU	واحد	۱۷۲
عدد	FRU22-20	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۷۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU22-21	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۷۴
عدد	FRU22-22	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هریار	۱۷۵
عدد	FRU22-23	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۷۶
متن	FRU22-24	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۷۷
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	FRU23	فرم میوه- FRU	خشکبار (انجیر، هلو، آلو، زردآلو)	۱۷۸

۲. عدد متوسط	FRU23-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۷۹
عدد	FRU23-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۸۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU23-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۸۱
عدد	FRU23-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۸۲
عدد	FRU23-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۸۳
متن	FRU23-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۸۴
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU24	فرم میوه- FRU	کشمش، مویز، توت	۱۸۵
۷. قاشق غذا خوری	FRU24-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۸۶
عدد	FRU24-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۸۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU24-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۸۸
عدد	FRU24-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۸۹
عدد	FRU24-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۹۰
متن	FRU24-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۱۹۱
ملاحظات، واحد(عدد متوسط، لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU25	فرم میوه- FRU	انواع کمپوت	۱۹۲
۲. عدد متوسط ۶. لیوان	FRU25-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۹۳
عدد	FRU25-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۱۹۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU25-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۱۹۵
عدد	FRU25-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۱۹۶

عدد	FRU25-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۱۹۷
متن	FRU25-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	FRU26	فرم میوه- FRU	انبه	۱۹۸
۲. عدد متوسط	FRU26-1	فرم میوه- FRU	واحد	۱۹۹
عدد	FRU26-2	فرم میوه- FRU	متوسط بار مصرف	۲۰۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	FRU26-3	فرم میوه- FRU	نوع مصرف	۲۰۱
عدد	FRU26-4	فرم میوه- FRU	میزان مصرف هربار	۲۰۲
عدد	FRU26-5	فرم میوه- FRU	ماه در سال	۲۰۳
متن	FRU26-6	فرم میوه- FRU	توضیحات	۲۰۴

۱. یک خوشه متوسط معادل یک لیوان است.

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

پرسشنامه بسامد خوراگ: فرم حیوبات – GRN

فرم حیوبات – GRN				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	لوبیا	فرم حیوبات – GRN	GRN1	ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم حیوبات – GRN	GRN1-1	۱. قاشق غذاخوری
۳	متوسط بار مصرف	فرم حیوبات – GRN	GRN1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم حیوبات – GRN	GRN1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هریار	فرم حیوبات – GRN	GRN1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم حیوبات – GRN	GRN1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم حیوبات – GRN	GRN1-6	متن
۸	نخود	فرم حیوبات – GRN	GRN2	ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات
۹	واحد	فرم حیوبات – GRN	GRN2-1	۱. قاشق غذاخوری
۱۰	متوسط بار مصرف	فرم حیوبات – GRN	GRN2-2	عدد
۱۱	نوع مصرف	فرم حیوبات – GRN	GRN2-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۲	میزان مصرف هریار	فرم حیوبات – GRN	GRN2-4	عدد
۱۳	ماه در سال	فرم حیوبات – GRN	GRN2-5	عدد
۱۴	توضیحات	فرم حیوبات – GRN	GRN2-6	متن
۱۵	ماش/ عدس/ دال عدس	فرم حیوبات – GRN	GRN3	ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه

در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات				
۱. قاشق غذاخوری	GRN3-1	فرم حبوبات - GRN	واحد	۱۶
عدد	GRN3-2	فرم حبوبات - GRN	متوسط بار مصرف	۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	GRN3-3	فرم حبوبات - GRN	نوع مصرف	۱۹
عدد	GRN3-4	فرم حبوبات - GRN	میزان مصرف هربار	۲۰
عدد	GRN3-5	فرم حبوبات - GRN	ماه در سال	۲۱
متن	GRN3-6	فرم حبوبات - GRN	توضیحات	۲۲
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	GRN4	فرم حبوبات - GRN	لیه	۲۳
۱. قاشق غذاخوری	GRN4-1	فرم حبوبات - GRN	واحد	۲۴
عدد	GRN4-2	فرم حبوبات - GRN	متوسط بار مصرف	۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	GRN4-3	فرم حبوبات - GRN	نوع مصرف	۲۶
عدد	GRN4-4	فرم حبوبات - GRN	میزان مصرف هربار	۲۷
عدد	GRN4-5	فرم حبوبات - GRN	ماه در سال	۲۸
متن	GRN4-6	فرم حبوبات - GRN	توضیحات	۲۹
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	GRN5	فرم حبوبات - GRN	سویا (پروتئین سویا، دانه سویا)	۳۰
۱. قاشق غذاخوری	GRN5-1	فرم حبوبات - GRN	واحد	۳۱
عدد	GRN5-2	فرم حبوبات - GRN	متوسط بار مصرف	۳۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	GRN5-3	فرم حبوبات - GRN	نوع مصرف	۳۳

عدد	GRN5-4	فرم حبوبات - GRN	میزان مصرف هریار	۳۴
عدد	GRN5-5	فرم حبوبات - GRN	ماه در سال	۳۵
متن	GRN5-6	فرم حبوبات - GRN	توضیحات	۳۶
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	GRN6	فرم حبوبات - GRN	باقالی پخته	۳۷
۱. قاشق غذاخوری	GRN6-1	فرم حبوبات - GRN	واحد	۳۸
عدد	GRN6-2	فرم حبوبات - GRN	متوسط بار مصرف	۳۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	GRN6-3	فرم حبوبات - GRN	نوع مصرف	۴۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	GRN6-3	فرم حبوبات - GRN	نوع مصرف	۴۱
عدد	GRN6-4	فرم حبوبات - GRN	میزان مصرف هریار	۴۲
عدد	GRN6-5	فرم حبوبات - GRN	ماه در سال	۴۳
متن	GRN6-6	فرم حبوبات - GRN	توضیحات	۴۴

پرسشنامه بسامد خوراک: فرم گوشت و فرآورده های آن - MT

فرم گوشت و فرآورده های آن - MT				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	گوشت قرمز (آبگوشتی، خورشتی، چرخ کرده، کبابی)	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1	ملاحظات(کم چرب، پرچرب)، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات
۲	ملاحظات	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT		کم چرب
۳	واحد	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-1	۴. قاشق غذاخوری
۴	متوسط بار مصرف	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-2	عدد
۵	نوع مصرف	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۶	میزان مصرف هریار	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-4	عدد
۷	ماه در سال	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-5	عدد
۸	توضیحات	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-6	متن
۹	ملاحظات	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT		پر چرب
۱۰	واحد	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-7	۴. قاشق غذاخوری
۱۱	متوسط بار مصرف	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-8	عدد
۱۲	نوع مصرف	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	MT1-9	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه

عدد	MT1-10	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۱۳
عدد	MT1-11	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۴
متن	MT1-12	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۵
ملاحظات(با پوست، بدون پوست)، واحد(قطعه متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماه‌بانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MT2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	گوشت مرغ	۱۶
با پوست		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۱۸
۳. قطعه متوسط	MT2-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۹
عدد	MT2-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۲۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماه‌بانه ۵. سالانه	MT2-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۲۱
عدد	MT2-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۲۲
عدد	MT2-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۲۳
متن	MT2-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۲۴
بدون پوست		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۲۵
۳. قطعه متوسط	MT2-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۲۶
عدد	MT2-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۲۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماه‌بانه ۵. سالانه	MT2-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۲۸

عدد	MT2-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۲۹
عدد	MT2-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۳۰
متن	MT2-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۳۱
ملاحظات(سرخ شده، آب پز، کبابی)، واحد(قطعه متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MT3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	سایر قسمت های مرغ (دل، جگر، سنگدان)	۳۲
سرخ شده		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۳۳
۳. قطعه متوسط	MT3-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۳۴
عدد	MT3-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۳۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT3-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۳۶
عدد	MT3-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۳۷
عدد	MT3-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۳۸
متن	MT3-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۳۹
آب پز		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۴۰
۳. قطعه متوسط	MT3-7	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۴۱
عدد	MT3-8	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۴۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه	MT3-9	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۴۳

۵. سالانه				
عدد	MT3-10	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۴۴
عدد	MT3-11	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۴۵
متن	MT3-12	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۴۶
کبابی		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۴۷
۳. قطعه متوسط	MT3-13	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۴۸
عدد	MT3-14	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۴۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT3-15	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۵۰
عدد	MT3-16	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۵۱
عدد	MT3-17	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۵۲
متن	MT3-18	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۵۳
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MT4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	تخم مرغ	۵۴
۲. عدد	MT4-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۵۵
عدد	MT4-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۵۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT4-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۵۷
عدد	MT4-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۵۸

عدد	MT4-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۵۹
متن	MT4-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۶۰
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MT5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	تخم بلدرچین	۶۱
۲. عدد	MT5-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۶۲
عدد	MT5-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۶۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT5-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۶۴
عدد	MT5-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هربار	۶۵
عدد	MT5-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۶۶
متن	MT5-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۶۷
ملاحظات، واحد(قطعه متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MT6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماهی	۶۸
۳. قطعه متوسط	MT6-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۶۹
عدد	MT6-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۷۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT6-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۷۱
عدد	MT6-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هربار	۷۲

عدد	MT6-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۷۳
متن	MT6-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۷۴
ملاحظات(با روغن، بدون روغن)، واحد(قوطی)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MT7	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	تن ماهی (کنسرو)	۷۵
با روغن		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۷۶
قوطی	MT7-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۷۷
عدد	MT7-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۷۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT7-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۷۹
عدد	MT7-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هر بار	۸۰
عدد	MT7-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۸۱
متن	MT7-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۸۲
بدون روغن		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۸۳
قوطی	MT7-7	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۸۴
عدد	MT7-8	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۸۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT7-9	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۸۶
عدد	MT7-10	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هر بار	۸۷

عدد	MT7-11	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۸۸
متن	MT7-12	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۸۹
ملاحظات، واحد(برش)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریبار، ماه در سال، توضیحات	MT8	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	سوسیس، کالباس	۹۰
۷. برش	MT8-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۹۱
عدد	MT8-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۹۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT8-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۹۳
عدد	MT8-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریبار	۹۴
عدد	MT8-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۹۵
متن	MT8-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۹۶
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریبار، ماه در سال، توضیحات	MT9	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	کباب لقمه/همبرگر	۹۷
۲. عدد	MT9-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۹۸
عدد	MT9-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۹۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT9-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۰۰
عدد	MT9-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریبار	۱۰۱

عدد	MT9-5	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	ماه در سال	۱۰۲
متن	MT9-6	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	توضیحات	۱۰۳
ملاحظات (کبابی، سرخ شده، آب پز)، واحد (قطعه متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MT10	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	دل، جگر، قلوه (گوسفند، گوساله و ...)	۱۰۴
کبابی		فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	ملاحظات	۱۰۵
۳. قطعه متوسط	MT10-1	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	واحد	۱۰۶
عدد	MT10-2	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	متوسط بار مصرف	۱۰۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT10-3	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	نوع مصرف	۱۰۸
عدد	MT10-4	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	میزان مصرف هریار	۱۰۹
عدد	MT10-5	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	ماه در سال	۱۱۰
متن	MT10-6	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	توضیحات	۱۱۱
سرخ شده		فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	ملاحظات	۱۱۲
۳. قطعه متوسط	MT10-7	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	واحد	۱۱۳
عدد	MT10-8	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	متوسط بار مصرف	۱۱۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT10-9	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	نوع مصرف	۱۱۵

عدد	MT10-10	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۱۱۶
عدد	MT10-11	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۱۷
متن	MT10-12	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۱۸
آب پز		فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ملاحظات	۱۱۹
۳. قطعه متوسط	MT10-13	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۲۰
عدد	MT10-14	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۱۲۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT10-15	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۲۲
عدد	MT10-16	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۱۲۳
عدد	MT10-17	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۲۴
متن	MT10-18	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۲۵
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MT11	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	مغز	۱۲۶
۲. عدد	MT11-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۲۷
عدد	MT11-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۱۲۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT11-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۲۹
عدد	MT11-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هریار	۱۳۰

عدد	MT11-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۳۱
متن	MT11-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۳۲
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MT12	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	زبان گوسفند/ گوساله	۱۳۳
۲. عدد	MT12-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۳۴
عدد	MT12-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۱۳۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT12-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۳۶
عدد	MT12-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هربار	۱۳۷
عدد	MT12-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۳۸
متن	MT12-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۳۹
ملاحظات، واحد(عدد)، قطعه متوسط، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MT13	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	کله، پاچه/سیرابی/شیردان	۱۴۰
۲. عدد ۳. قطعه متوسط	MT13-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۴۱
عدد	MT13-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۱۴۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT13-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۴۳
عدد	MT13-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هربار	۱۴۴

عدد	MT13-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۴۵
متن	MT13-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۴۶
ملاحظات، واحد(برش)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MT14	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	پیتزا	۱۴۷
۷. برش	MT14-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۴۸
عدد	MT14-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۱۴۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT14-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۵۰
عدد	MT14-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هر بار	۱۵۱
عدد	MT14-5	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	ماه در سال	۱۵۲
متن	MT14-6	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	توضیحات	۱۵۳
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MT15	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میگو	۱۵۴
۲. عدد	MT15-1	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	واحد	۱۵۵
عدد	MT15-2	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	متوسط بار مصرف	۱۵۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT15-3	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	نوع مصرف	۱۵۷
عدد	MT15-4	فرم گوشت و فرآورده های آن- MT	میزان مصرف هر بار	۱۵۸

عدد	MT15-5	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	ماه در سال	۱۵۹
متن	MT15-6	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	توضیحات	۱۶۰
ملاحظات، واحد(قطعه متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MT16	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	بلدرچین	۱۶۱
۳. قطعه متوسط	MT16-1	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	واحد	۱۶۲
عدد	MT16-2	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	متوسط بار مصرف	۱۶۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MT16-3	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	نوع مصرف	۱۶۴
عدد	MT16-4	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	میزان مصرف هر بار	۱۶۵
عدد	MT16-5	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	ماه در سال	۱۶۶
متن	MT16-6	فرم گوشت و فرآورده های آن - MT	توضیحات	۱۶۷

۱. تکه خورشتی واحد دیگری برای گوشت قرمز است.

۲. واحد دل، جگر، قلوه و ... تکه متوسط، قطعه متوسط است.

۳. واحد تن ماهی قوطی است.

پرسشنامه بسامد خوراگ: فرم متفرقه-MISC

فرم متفرقه-MISC				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	چای	فرم متفرقه-MISC	MISC1	ملاحظات(کم رنگ، معمولی، پررنگ، سبز)، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات
۲	ملاحظات	فرم متفرقه-MISC		کم رنگ، معمولی، پررنگ، سبز
۳	واحد	فرم متفرقه-MISC	MISC1-1	۱. لیوان
۴	متوسط بار مصرف	فرم متفرقه-MISC	MISC1-2	عدد
۵	نوع مصرف	فرم متفرقه-MISC	MISC1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۶	میزان مصرف هر بار	فرم متفرقه-MISC	MISC1-4	عدد
۷	ماه در سال	فرم متفرقه-MISC	MISC1-5	عدد
۸	توضیحات	فرم متفرقه-MISC	MISC1-6	متن
۹	ملاحظات	فرم متفرقه-MISC		معمولی
۱۰	واحد	فرم متفرقه-MISC	MISC1-7	۱. لیوان
۱۱	متوسط بار مصرف	فرم متفرقه-MISC	MISC1-8	عدد
۱۲	نوع مصرف	فرم متفرقه-MISC	MISC1-9	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۳	میزان مصرف هر بار	فرم متفرقه-MISC	MISC1-10	عدد
۱۴	ماه در سال	فرم متفرقه-MISC	MISC1-11	عدد
۱۵	توضیحات	فرم متفرقه-MISC	MISC1-12	متن
۱۶	ملاحظات	فرم متفرقه-MISC		پررنگ
۱۸	واحد	فرم متفرقه-MISC	MISC1-13	۱. لیوان
۱۹	متوسط بار مصرف	فرم متفرقه-MISC	MISC1-14	عدد
۲۰	نوع مصرف	فرم متفرقه-MISC	MISC1-15	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی

۴. ماهیانه ۵. سالانه				
عدد	MISC1-16	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۲۱
عدد	MISC1-17	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۲۲
متن	MISC1-18	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۲۳
سبز		فرم متفرقه-MISC	ملاحظات	۲۴
۱. لیوان	MISC1-19	فرم متفرقه-MISC	واحد	۲۵
عدد	MISC1-20	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۲۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC1-21	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۲۷
عدد	MISC1-22	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۲۸
عدد	MISC1-23	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۲۹
متن	MISC1-24	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۳۰
ملاحظات (مشکی، زرد، سفید)، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC2	فرم متفرقه-MISC	نوشابه	۳۱
مشکی، زرد، سفید		فرم متفرقه-MISC	ملاحظات	۳۲
۱. لیوان	MISC2-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۳۳
عدد	MISC2-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۳۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC2-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۳۵
عدد	MISC2-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۳۶
عدد	MISC2-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۳۷
متن	MISC2-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۳۸
زرد		فرم متفرقه-MISC	ملاحظات	۳۹
۱. لیوان	MISC2-7	فرم متفرقه-MISC	واحد	۴۰
عدد	MISC2-8	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۴۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی	MISC2-9	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۴۲

۴. ماهیانه ۵. سالانه				
عدد	MISC2-10	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۴۳
عدد	MISC2-11	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۴۴
متن	MISC2-12	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۴۵
سفید		فرم متفرقه-MISC	ملاحظات	۴۶
۱. لیوان	MISC2-13	فرم متفرقه-MISC	واحد	۴۷
عدد	MISC2-14	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۴۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC2-15	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۴۹
عدد	MISC2-16	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۵۰
عدد	MISC2-17	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۵۱
متن	MISC2-18	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۵۲
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC3	فرم متفرقه-MISC	ماء الشعیر	۵۳
۱. لیوان	MISC3-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۵۴
عدد	MISC3-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۵۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC3-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۵۶
عدد	MISC3-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۵۷
عدد	MISC3-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۵۸
متن	MISC3-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۵۹
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC4	فرم متفرقه-MISC	قهوه / نسکافه	۶۰
۱. لیوان	MISC4-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۶۱
عدد	MISC4-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۶۲
۱. هرگز	MISC4-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۶۳

۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه				
عدد	MISC4-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هر بار	۶۴
عدد	MISC4-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۶۵
متن	MISC4-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۶۶
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MISC5	فرم متفرقه-MISC	بستنی (سنتی / غیر سنتی / کیم)	۶۷
۱. لیوان ۲. عدد	MISC5-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۶۸
عدد	MISC5-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۶۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC5-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۷۰
عدد	MISC5-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هر بار	۷۱
عدد	MISC5-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۷۲
متن	MISC5-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۷۳
ملاحظات، واحد(عدد متوسط، برش متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MISC6	فرم متفرقه-MISC	شیرینی خشک / کیک خشک	۷۴
۶. عدد متوسط	MISC6-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۷۵
عدد	MISC6-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۷۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC6-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۷۷
عدد	MISC6-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هر بار	۷۸
عدد	MISC6-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۷۹
متن	MISC6-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۸۰

ملاحظات، واحد(عدد متوسط، برش متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MISC7	فرم متفرقه-MISC	شیرینی خامه دار / کیک خامه دار	۸۱
۶. عدد متوسط	MISC7-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۸۲
عدد	MISC7-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۸۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC7-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۸۴
عدد	MISC7-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هر بار	۸۵
عدد	MISC7-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۸۶
متن	MISC7-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۸۷
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MISC8	فرم متفرقه-MISC	شکلات	۸۸
۲. عدد	MISC8-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۸۹
عدد	MISC8-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۹۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC8-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۹۱
عدد	MISC8-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هر بار	۹۲
عدد	MISC8-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۹۳
متن	MISC8-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۹۴
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	MISC9	فرم متفرقه-MISC	انواع چیپس	۹۵
۲. عدد	MISC9-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۹۶
عدد	MISC9-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۹۷
۱. هرگز ۲. روزانه	MISC9-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۹۸

۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه				
عدد	MISC9-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هریار	۹۹
عدد	MISC9-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۰۰
متن	MISC9-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۰۱
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MISC10	فرم متفرقه-MISC	پفک	۱۰۲
۲. عدد	MISC10-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۰۳
عدد	MISC10-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۰۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC10-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۰۵
عدد	MISC10-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هریار	۱۰۶
عدد	MISC10-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۰۷
متن	MISC10-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۰۸
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	MISC11	فرم متفرقه-MISC	انواع حلوا (شکری، کنجد، خانگی)	۱۰۹
۵. قاشق غذا خوری	MISC11-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۱۰
عدد	MISC11-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۱۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC11-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۱۲
عدد	MISC11-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هریار	۱۱۳
عدد	MISC11-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۱۴
متن	MISC11-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۱۵
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه،	MISC12	فرم متفرقه-MISC	خیارشور	۱۱۶

ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات				
۶. عدد متوسط	MISC12-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۱۷
عدد	MISC12-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC12-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۱۹
عدد	MISC12-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۲۰
عدد	MISC12-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۲۱
متن	MISC12-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۲۲
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC13	فرم متفرقه-MISC	انواع ترشی	۱۲۳
۵. قاشق غذا خوری	MISC13-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۲۴
عدد	MISC13-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC13-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۲۶
عدد	MISC13-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۲۷
عدد	MISC13-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۲۸
متن	MISC13-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۲۹
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC14	فرم متفرقه-MISC	رب گوجه فرنگی	۱۳۰
۵. قاشق غذا خوری	MISC14-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۳۱
عدد	MISC14-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۳۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC14-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۳۳

عدد	MISC14-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۳۴
عدد	MISC14-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۳۵
متن	MISC14-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۳۶
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC15	فرم متفرقه-MISC	آبمیوه صنعتی (ساندیس، رانی وسایر)	۱۳۷
۱. لیوان ۲. پاکت کوچک	MISC15-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۳۸
عدد	MISC15-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۳۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC15-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۴۰
عدد	MISC15-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۴۱
عدد	MISC15-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۴۲
متن	MISC15-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۴۳
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC16	فرم متفرقه-MISC	بیسکویت / ویفر	۱۴۴
۲. عدد	MISC16-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۴۵
عدد	MISC16-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۴۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC16-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۴۷
عدد	MISC16-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۴۸
عدد	MISC16-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۴۹
متن	MISC16-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۵۰
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC17	فرم متفرقه-MISC	شور	۱۵۱

۵. قاشق غذا خوری	MISC17-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۵۲
عدد	MISC17-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۵۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC17-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۵۴
عدد	MISC17-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۵۵
عدد	MISC17-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۵۶
متن	MISC17-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۵۷
ملاحظات، واحد متوسط بار مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	MISC18	فرم متفرقه-MISC	سایر رب ها (رب انار)	۱۵۸
۵. قاشق غذا خوری	MISC18-1	فرم متفرقه-MISC	واحد	۱۵۹
عدد	MISC18-2	فرم متفرقه-MISC	متوسط بار مصرف	۱۶۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	MISC18-3	فرم متفرقه-MISC	نوع مصرف	۱۶۱
عدد	MISC18-4	فرم متفرقه-MISC	میزان مصرف هربار	۱۶۲
عدد	MISC18-5	فرم متفرقه-MISC	ماه در سال	۱۶۳
متن	MISC18-6	فرم متفرقه-MISC	توضیحات	۱۶۴

۱. برش متوسط واحد دیگری برای شیرینی خشک، کیک خشک، و شیرینی خامه دار و کیک خامه دار است.
۲. قوطی کبریت واحد دیگری برای انواع حلوا (شکری، کنجد، خانگی) است.
۳. پاکت کوچک واحد دیگری برای آبمیوه صنعتی (ساندیس، رانی وسایر) است.

پرسشنامه بسامد خوراکی: فرم روغن و دانه های روغنی – OLI

فرم روغن و دانه های روغنی – OLI				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	مارگارین / کره گیاهی	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1	ملاحظات، واحد(قوطی کبریت)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1-1	۶. قوطی کبریت
۳	متوسط بار مصرف	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هر بار	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI1-6	متن
۸	کره	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI2	ملاحظات، واحد(قوطی کبریت)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات
۹	واحد	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI2-1	۶. قوطی کبریت
۱۰	متوسط بار مصرف	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI2-2	عدد
۱۱	نوع مصرف	فرم روغن و دانه های روغنی – OLI	OLI2-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه

عدد	OLI2-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۱۲
عدد	OLI2-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۳
متن	OLI2-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۴
ملاحظات (گیاهی، حیوانی، دنبه)، واحد (قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	روغن جامد / نیمه جامد	۱۵
گیاهی		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۱۶
۲. قاشق غذا خوری	OLI3-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۸
عدد	OLI3-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI3-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۲۰
عدد	OLI3-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۲۱
عدد	OLI3-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۲۲
متن	OLI3-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۲۳
حیوانی		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۲۴
۲. قاشق غذا خوری	OLI3-7	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۲۵
عدد	OLI3-8	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۲۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI3-9	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۲۷

عدد	OLI3-10	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۲۸
عدد	OLI3-11	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۲۹
متن	OLI3-12	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۳۰
دنبه		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۳۱
تکه متوسط	OLI3-13	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۳۲
عدد	OLI3-14	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۳۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI3-15	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۳۴
عدد	OLI3-16	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۳۵
عدد	OLI3-17	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۳۶
متن	OLI3-18	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۳۷
ملاحظات(کانولا / سویا، سایر روغن های مایع (آفتابگردان / ذرت)، روغن سرخ کردنی، روغن ارده، روغن کنجد)، واحد(قاشق غذا خوری)، بار مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	OLI4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	روغن مایع	۳۸
کانولا / سویا		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۳۹
۲. قاشق غذا خوری	OLI4-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۴۰
عدد	OLI4-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۴۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی	OLI4-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۴۲

۴. ماهیانه ۵. سالانه				
عدد	OLI4-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۴۳
عدد	OLI4-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۴۴
متن	OLI4-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۴۵
سایر روغن های مایع (آفتابگردان / ذرت)		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۴۶
۲. قاشق غذا خوری	OLI4-7	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۴۷
عدد	OLI4-8	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۴۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI4-9	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۴۹
عدد	OLI4-10	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۵۰
عدد	OLI4-11	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۵۱
متن	OLI4-12	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۵۲
روغن سرخ کردنی		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۵۳
۲. قاشق غذا خوری	OLI4-13	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۵۴
عدد	OLI4-14	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۵۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI4-15	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۵۶
عدد	OLI4-16	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۵۷

عدد	OLI4-17	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۵۸
متن	OLI4-18	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۵۹
روغن ارده		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۶۰
۲. قاشق غذا خوری	OLI4-19	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۶۱
عدد	OLI4-20	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۶۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI4-21	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۶۳
عدد	OLI4-22	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۶۴
عدد	OLI4-23	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۶۵
متن	OLI4-24	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۶۶
روغن کنجد		فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ملاحظات	۶۷
۲. قاشق غذا خوری	OLI4-25	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۶۸
عدد	OLI4-26	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۶۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI4-27	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۷۰
عدد	OLI4-28	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هریار	۷۱
عدد	OLI4-29	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۷۲
متن	OLI4-30	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۷۳

ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	روغن زیتون	۷۴
۲. قاشق غذا خوری	OLI5-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۷۵
عدد	OLI5-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۷۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI5-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۷۷
عدد	OLI5-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۷۸
عدد	OLI5-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۷۹
متن	OLI5-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۸۰
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	زیتون	۸۱
۳. عدد	OLI6-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۸۲
عدد	OLI6-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۸۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI6-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۸۴
عدد	OLI6-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۸۵
عدد	OLI6-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۸۶
متن	OLI6-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۸۷

ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI7	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	سس مایونز / سالاد	۸۸
۲. قاشق غذا خوری	OLI7-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۸۹
عدد	OLI7-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۹۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI7-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۹۱
عدد	OLI7-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۹۲
عدد	OLI7-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۹۳
متن	OLI7-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۹۴
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI8	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	گردو	۹۵
۳. عدد	OLI8-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۹۶
عدد	OLI8-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۹۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI8-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۹۸
عدد	OLI8-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۹۹
عدد	OLI8-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۰۰
متن	OLI8-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۰۱

ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI9	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	بادام زمینی	۱۰۲
۳. عدد	OLI9-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۰۳
عدد	OLI9-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۰۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI9-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۱۰۵
عدد	OLI9-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۱۰۶
عدد	OLI9-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۰۷
متن	OLI9-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۰۸
ملاحظات، واحد(عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI10	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	سایر مغزها (بادام / بادام هندی / پسته / فندق)	۱۰۹
۱. عدد	OLI10-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۱۰
عدد	OLI10-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۱۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI10-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۱۱۲
عدد	OLI10-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۱۱۳
عدد	OLI10-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۱۴
متن	OLI10-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۱۵

ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	OLI11	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	مغز تخمه (کدو، آفتابگردان، هندوانه)	۱۱۶
۱. قاشق غذاخوری	OLI11-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۱۷
عدد	OLI11-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI11-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۱۱۹
عدد	OLI11-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هر بار	۱۲۰
عدد	OLI11-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۲۱
متن	OLI11-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۲۲
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری) متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	OLI12	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	خامه و سرشیر	۱۲۳
۲. قاشق غذا خوری	OLI12-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۲۴
عدد	OLI12-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI12-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۱۲۶
عدد	OLI12-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هر بار	۱۲۷
عدد	OLI12-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۲۸

متن	OLI12-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۲۹
ملاحظات، واحد(قاشق غذاخوری)، متوسط بار مصرف ، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI13	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ارده	۱۳۰
۲. قاشق غذاخوری	OLI13-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۳۱
عدد	OLI13-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۳۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI13-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۱۳۳
عدد	OLI13-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۱۳۴
عدد	OLI13-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۳۵
متن	OLI13-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۳۶
ملاحظات، واحد(قوطی کبریت)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	OLI14	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	حلوا ارده	۱۳۷
۶. قوطی کبریت	OLI14-1	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	واحد	۱۳۸
عدد	OLI14-2	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	متوسط بار مصرف	۱۳۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	OLI14-3	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	نوع مصرف	۱۴۰
عدد	OLI14-4	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	میزان مصرف هربار	۱۴۱

عدد	OLI14-5	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	ماه در سال	۱۴۲
متن	OLI14-6	فرم روغن و دانه های روغنی - OLI	توضیحات	۱۴۳

۱. واحد دنبه تکه متوسط است.



پرسشنامه بسامد خوراک: فرم قند – SRLF

فرم قند – SRLF				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	قند	فرم قند - SRLF	SRLF1	ملاحظات، واحد(حبه)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم قند - SRLF	SRLF1-1	۱. حبه
۳	متوسط بار مصرف	فرم قند - SRLF	SRLF1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم قند - SRLF	SRLF1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هربار	فرم قند - SRLF	SRLF1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم قند - SRLF	SRLF1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم قند - SRLF	SRLF1-6	متن
۸	نبات / آب نبات / نقل / شکر پنیر	فرم قند - SRLF	SRLF2	ملاحظات، واحد (تکه متوسط، عدد)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات
۹	واحد	فرم قند - SRLF	SRLF2-1	تکه متوسط عدد
۱۰	متوسط بار مصرف	فرم قند - SRLF	SRLF2-2	عدد
۱۱	نوع مصرف	فرم قند - SRLF	SRLF2-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۲	میزان مصرف هربار	فرم قند - SRLF	SRLF2-4	عدد
۱۳	ماه در سال	فرم قند - SRLF	SRLF2-5	عدد
۱۴	توضیحات	فرم قند - SRLF	SRLF2-6	متن
۱۵	عسل	فرم قند - SRLF	SRLF3	ملاحظات، واحد(قاشق مربا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه

در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات				
۲. قاشق مربا خوری	SRLF3-1	فرم قند - SRLF	واحد	۱۶
عدد	SRLF3-2	فرم قند - SRLF	متوسط بار مصرف	۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	SRLF3-3	فرم قند - SRLF	نوع مصرف	۱۹
عدد	SRLF3-4	فرم قند - SRLF	میزان مصرف هربار	۲۰
عدد	SRLF3-5	فرم قند - SRLF	ماه در سال	۲۱
متن	SRLF3-6	فرم قند - SRLF	توضیحات	۲۲
ملاحظات، واحد(قاشق مربا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	SRLF4	فرم قند - SRLF	مربا	۲۳
۲. قاشق مربا خوری	SRLF4-1	فرم قند - SRLF	واحد	۲۴
عدد	SRLF4-2	فرم قند - SRLF	متوسط بار مصرف	۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	SRLF4-3	فرم قند - SRLF	نوع مصرف	۲۶
عدد	SRLF4-4	فرم قند - SRLF	میزان مصرف هربار	۲۷
عدد	SRLF4-5	فرم قند - SRLF	ماه در سال	۲۸
متن	SRLF4-6	فرم قند - SRLF	توضیحات	۲۹
ملاحظات، واحد(قاشق مربا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	SRLF5	فرم قند - SRLF	شکر	۳۰
۲. قاشق مربا خوری	SRLF5-1	فرم قند - SRLF	واحد	۳۱
عدد	SRLF5-2	فرم قند - SRLF	متوسط بار مصرف	۳۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	SRLF5-3	فرم قند - SRLF	نوع مصرف	۳۳

عدد	SRLF5-4	فرم قند - SRLF	میزان مصرف هربار	۳۴
عدد	SRLF5-5	فرم قند - SRLF	ماه در سال	۳۵
متن	SRLF5-6	فرم قند - SRLF	توضیحات	۳۶
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	SRLF6	فرم قند - SRLF	شیره انگور(دوشاب)	۳۷
۳. قاشق غذا خوری	SRLF6-1	فرم قند - SRLF	واحد	۳۸
عدد	SRLF6-2	فرم قند - SRLF	متوسط بار مصرف	۳۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	SRLF6-3	فرم قند - SRLF	نوع مصرف	۴۰
عدد	SRLF6-4	فرم قند - SRLF	میزان مصرف هربار	۴۱
عدد	SRLF6-5	فرم قند - SRLF	ماه در سال	۴۲
متن	SRLF6-6	فرم قند - SRLF	توضیحات	۴۳
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	SRLF7	فرم قند - SRLF	شیره خرما	۴۴
۳. قاشق غذا خوری	SRLF7-1	فرم قند - SRLF	واحد	۴۵
عدد	SRLF7-2	فرم قند - SRLF	متوسط بار مصرف	۴۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	SRLF7-3	فرم قند - SRLF	نوع مصرف	۴۷
عدد	SRLF7-4	فرم قند - SRLF	میزان مصرف هربار	۴۸
عدد	SRLF7-5	فرم قند - SRLF	ماه در سال	۴۹
متن	SRLF7-6	فرم قند - SRLF	توضیحات	۵۰
ملاحظات، واحد(قاشق غذا خوری)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	SRLF8	فرم قند - SRLF	سه شیر	۵۱
۳. قاشق غذا خوری	SRLF8-1	فرم قند - SRLF	واحد	۵۲

عدد	SRLF8-2	فرم قند - SRLF	متوسط بار مصرف	۵۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	SRLF8-3	فرم قند - SRLF	نوع مصرف	۵۴
عدد	SRLF8-4	فرم قند - SRLF	میزان مصرف هر بار	۵۵
عدد	SRLF8-5	فرم قند - SRLF	ماه در سال	۵۶
متن	SRLF8-6	فرم قند - SRLF	توضیحات	۵۷

۱. واحد نبات / آب نبات / نقل / شکر پنیر تکه متوسط و عدد است.

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



پرسشنامه بسامد خوراک: فرم سبزیجات – VEG

فرم سبزیجات – VEG				
ردیف	آیتم/ سوال	Source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	کاهو خورده شده	فرم سبزیجات - VEG	VEG1	ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات
۲	واحد	فرم سبزیجات - VEG	VEG1-1	۱. لیوان
۳	متوسط بار مصرف	فرم سبزیجات - VEG	VEG1-2	عدد
۴	نوع مصرف	فرم سبزیجات - VEG	VEG1-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۵	میزان مصرف هر بار	فرم سبزیجات - VEG	VEG1-4	عدد
۶	ماه در سال	فرم سبزیجات - VEG	VEG1-5	عدد
۷	توضیحات	فرم سبزیجات - VEG	VEG1-6	متن
۸	کلم (شامل کلم سفید، قرمز، کلم قمری، گل کلم و کلم بروکلی)	فرم سبزیجات - VEG	VEG2	ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات
۹	واحد	فرم سبزیجات - VEG	VEG2-1	۱. لیوان
۱۰	متوسط بار مصرف	فرم سبزیجات - VEG	VEG2-2	عدد
۱۱	نوع مصرف	فرم سبزیجات - VEG	VEG2-3	۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه
۱۲	میزان مصرف هر بار	فرم سبزیجات - VEG	VEG2-4	عدد

عدد	VEG2-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۳
متن	VEG2-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۴
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG3	فرم سبزیجات - VEG	گوجه فرنگی	۱۵
۳. عدد متوسط	VEG3-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۶
عدد	VEG3-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG3-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۹
عدد	VEG3-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۲۰
عدد	VEG3-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۲۱
متن	VEG3-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۲۲
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف، (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG4	فرم سبزیجات - VEG	خیار	۲۳
۳. عدد متوسط	VEG4-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۲۴
عدد	VEG4-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG4-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۲۶
عدد	VEG4-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۲۷

عدد	VEG4-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۲۸
متن	VEG4-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۲۹
ملاحظات، واحد(پیش دستی)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG5	فرم سبزیجات - VEG	سبزی خوردن	۳۰
۲. پیش دستی	VEG5-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۳۱
عدد	VEG5-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۳۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG5-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۳۳
عدد	VEG5-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۳۴
عدد	VEG5-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۳۵
متن	VEG5-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۳۶
ملاحظات، واحد(نصف لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG6	فرم سبزیجات - VEG	سبزی پخته (خورشتی / آش / کوکو / دلمه / اسفناج)	۳۷
نصف لیوان	VEG6-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۳۸
عدد	VEG6-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۳۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG6-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۴۰
عدد	VEG6-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۴۱

عدد	VEG6-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۴۲
متن	VEG6-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۴۳
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	VEG7	فرم سبزیجات - VEG	بادمجان خورشتی	۴۴
۳. عدد متوسط	VEG7-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۴۵
عدد	VEG7-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۴۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG7-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۴۷
عدد	VEG7-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هر بار	۴۸
عدد	VEG7-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۴۹
متن	VEG7-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۵۰
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	VEG8	فرم سبزیجات - VEG	کرفس خام یا پخته / کنگر	۵۱
۱. لیوان	VEG8-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۵۲
عدد	VEG8-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۵۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG8-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۵۴
عدد	VEG8-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هر بار	۵۵

عدد	VEG8-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۵۶
متن	VEG8-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۵۷
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG9	فرم سبزیجات - VEG	چغندر (لبو) / شلغم	۵۸
۳. عدد متوسط	VEG9-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۵۹
عدد	VEG9-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۶۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG9-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۶۱
عدد	VEG9-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۶۲
عدد	VEG9-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۶۳
متن	VEG9-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۶۴
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG10	فرم سبزیجات - VEG	سیب زمینی (آب پز و سرخ کرده)	۶۵
۳. عدد متوسط	VEG10-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۶۶
عدد	VEG10-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۶۷
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG10-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۶۸
عدد	VEG10-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۶۹

عدد	VEG10-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۷۰
متن	VEG10-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۷۱
ملاحظات(خام، پخته، سرخ شده، آب هویج)، واحد(لیوان، عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هر بار، ماه در سال، توضیحات	VEG11	فرم سبزیجات - VEG	هویج	۷۲
خام		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۷۳
۳. عدد متوسط	VEG11-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۷۴
عدد	VEG11-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۷۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG11-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۷۶
عدد	VEG11-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هر بار	۷۷
عدد	VEG11-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۷۸
متن	VEG11-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۷۹
پخته		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۸۰
۳. عدد متوسط	VEG11-7	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۸۱
عدد	VEG11-8	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۸۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG11-9	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۸۳
عدد	VEG11-10	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هر بار	۸۴
عدد	VEG11-11	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۸۵

متن	VEG11-12	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۸۶
سرخ شده		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۸۷
۳. عدد متوسط	VEG11-13	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۸۸
عدد	VEG11-14	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۸۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG11-15	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۹۰
عدد	VEG11-16	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هریار	۹۱
عدد	VEG11-17	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۹۲
متن	VEG11-18	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۹۳
آب هویج		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۹۴
۱. لیوان ۳	VEG11-19	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۹۵
عدد	VEG11-20	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۹۶
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG11-21	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۹۷
عدد	VEG11-22	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هریار	۹۸
عدد	VEG11-23	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۹۹
متن	VEG11-24	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۰۰
ملاحظات، واحد(حبه)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	VEG12	فرم سبزیجات - VEG	سیر	۱۰۱

۵. حبه	VEG12-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۰۲
عدد	VEG12-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۰۳
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG12-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۰۴
عدد	VEG12-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۰۵
عدد	VEG12-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۰۶
متن	VEG12-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۰۷
ملاحظات(پیاز داغ، پیاز پخته شده، پیاز خام)، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG13	فرم سبزیجات - VEG	پیاز	۱۰۸
پیاز داغ		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۱۰۹
۳. عدد متوسط ۴. قاشق غذا خوری	VEG13-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۱۰
عدد	VEG13-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۱۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG13-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۱۲
عدد	VEG13-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۱۳
عدد	VEG13-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۱۴
متن	VEG13-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۱۵
پیاز پخته شده		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۱۱۶

۳. عدد متوسط ۴. فاشق غذا خوری	VEG13-7	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۱۷
عدد	VEG13-8	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۱۸
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG13-9	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۱۹
عدد	VEG13-10	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۲۰
عدد	VEG13-11	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۲۱
متن	VEG13-12	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۲۲
پیاز خام		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۱۲۳
۳. عدد متوسط ۴. فاشق غذا خوری	VEG13-13	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۲۴
عدد	VEG13-14	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۲۵
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG13-15	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۲۶
عدد	VEG13-16	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۲۷
عدد	VEG13-17	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۲۸
متن	VEG13-18	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۲۹
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG14	فرم سبزیجات - VEG	فلفل دلمه ای	۱۳۰
۳. عدد متوسط	VEG14-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۳۱
عدد	VEG14-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۳۲

۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG14-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۳۳
عدد	VEG14-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۳۴
عدد	VEG14-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۳۵
متن	VEG14-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۳۶
ملاحظات(خام، پخته، سرخ شده)، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG15	فرم سبزیجات - VEG	قارچ	۱۳۷
خام		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۱۳۸
۶ عدد	VEG15-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۳۹
عدد	VEG15-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۴۰
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG15-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۴۱
عدد	VEG15-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۴۲
عدد	VEG15-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۴۳
متن	VEG15-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۴۴
پخته		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۱۴۵
۶ عدد	VEG15-7	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۴۶
عدد	VEG15-8	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۴۷
۱. هرگز ۲. روزانه	VEG15-9	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۴۸

۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه				
عدد	VEG15-10	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هریار	۱۴۹
عدد	VEG15-11	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۵۰
متن	VEG15-12	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۵۱
سرخ شده		فرم سبزیجات - VEG	ملاحظات	۱۵۲
۶. عدد	VEG15-13	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۵۳
عدد	VEG15-14	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۵۴
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG15-15	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۵۵
عدد	VEG15-16	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هریار	۱۵۶
عدد	VEG15-17	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۵۷
متن	VEG15-18	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۵۸
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هریار، ماه در سال، توضیحات	VEG16	فرم سبزیجات - VEG	ذرت و بلال	۱۵۹
۳. عدد متوسط	VEG16-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۶۰
عدد	VEG16-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۶۱
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG16-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۶۲

عدد	VEG16-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۶۳
عدد	VEG16-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۶۴
متن	VEG16-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۶۵
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف(روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG17	فرم سبزیجات - VEG	نخود سبز	۱۶۶
۰.۱ لیوان	VEG17-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۶۷
عدد	VEG17-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۶۸
۰.۱ هرگز ۰.۲ روزانه ۰.۳ هفتگی ۰.۴ ماهیانه ۰.۵ سالانه	VEG17-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۶۹
عدد	VEG17-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۷۰
عدد	VEG17-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۷۱
متن	VEG17-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۷۲
ملاحظات، واحد(لیوان)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG18	فرم سبزیجات - VEG	لوبیا سبز	۱۷۳
۰.۱ لیوان	VEG18-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۷۴
عدد	VEG18-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۷۵
۰.۱ هرگز ۰.۲ روزانه ۰.۳ هفتگی ۰.۴ ماهیانه ۰.۵ سالانه	VEG18-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۷۶

عدد	VEG18-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۷۷
عدد	VEG18-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۷۸
متن	VEG18-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۷۹
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG19	فرم سبزیجات - VEG	کدو	۱۸۰
۳. عدد متوسط	VEG19-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۸۱
عدد	VEG19-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۸۲
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG19-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۸۳
عدد	VEG19-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۸۴
عدد	VEG19-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۸۵
متن	VEG19-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۸۶
ملاحظات، واحد(عدد متوسط)، متوسط بار مصرف، نوع مصرف (روزانه، هفتگی، ماهیانه، سالانه، ماه در سال)، میزان مصرف هربار، ماه در سال، توضیحات	VEG20	فرم سبزیجات - VEG	فلفل سبز	۱۸۷
۳. عدد متوسط	VEG20-1	فرم سبزیجات - VEG	واحد	۱۸۸
عدد	VEG20-2	فرم سبزیجات - VEG	متوسط بار مصرف	۱۸۹
۱. هرگز ۲. روزانه ۳. هفتگی ۴. ماهیانه ۵. سالانه	VEG20-3	فرم سبزیجات - VEG	نوع مصرف	۱۹۰

عدد	VEG20-4	فرم سبزیجات - VEG	میزان مصرف هربار	۱۹۱
عدد	VEG20-5	فرم سبزیجات - VEG	ماه در سال	۱۹۲
متن	VEG20-6	فرم سبزیجات - VEG	توضیحات	۱۹۳

۱. واحد سبزی پخته (خورشתי / آش / ککو / دلمه / اسفناج) نصف لیوان است.

۲. واحد دیگر سیب زمینی (آب پز و سرخ کرده) خلال متوسط است.

**ALSA**  
Ardakan Longitudinal  
Study on Aging



## بخش بینایی سنجی

### پرسشنامه بینایی سنجی - فرم Eye

بینایی سنجی - فرم Eye				
ردیف	آیتم / سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	بطور کلی وضعیت بینایی خود را چگونه توصیف می کنید ؟	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye1	۱. عالی ۲. بسیار خوب ۳. خوب ۴. متوسط ۵. بد
۲	سابقه فامیلی بیماری های زیر در بستگان درجه اول:	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye2	
۳	گلوکوم	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye2-1	۰. خیر ۱. بلی
۴	پارگی شبکیه	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye2-2	۰. خیر ۱. بلی
۵	کراتوکونوس (قوز قرنیه)	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye2-3	۰. خیر ۱. بلی
۶	شب کوری (رتینیت پیگمانتوزا)	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye2-4	۰. خیر ۱. بلی
۷	سابقه استفاده از:	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3	
۸	عینک دور	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-1	۰. خیر ۱. بلی
۹	عینک نزدیک	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-2	۰. خیر ۱. بلی
۱۰	سابقه درمان آمبلیوپی	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-3	۰. خیر ۱. بلی
۱۱	لنز تماسی (جهت اصلاح عیوب انکساری)	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-4	۰. خیر ۱. بلی
۱۲	اگر بلی تهیه از:	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-4-1	۱. چشم پزشک/اپتومتریست ۲. داروخانه ۳. متفرقه
۱۳	لنز تماسی زیبایی	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-5	۰. خیر ۱. بلی
۱۴	اگر بلی تهیه از:	بینایی سنجی - فرم Eye	Eye3-5-1	۱. چشم پزشک/اپتومتریست ۲. داروخانه ۳. متفرقه

	Eye4	بینایی سنجی - فرم Eye	سابقه جراحی های چشم:	۱۵
۰. خیر ۱. بلی	Eye4-1	بینایی سنجی - فرم Eye	کاتاراکت (آب مروارید)	۱۶
۱. چشم راست ۲. چشم چپ ۳. هر دو	Eye4-1-1	بینایی سنجی - فرم Eye	اگر بلی:	۱۷
۰. خیر ۱. بلی	Eye4-2	بینایی سنجی - فرم Eye	لیزر برای دیابت	۱۸
۱. چشم راست ۲. چشم چپ ۳. هر دو	Eye4-2-1	بینایی سنجی - فرم Eye	اگر بلی:	۱۹
۰. خیر ۱. بلی	Eye4-3	بینایی سنجی - فرم Eye	عیوب انکساری (لیزیک/PRK/لنز داخل چشمی)	۲۰
متن	Eye4-3-1	بینایی سنجی - فرم Eye	اگر بلی توضیح:	۲۱
۰. خیر ۱. بلی	Eye4-4	بینایی سنجی - فرم Eye	گلوکوم	۲۲
۰. خیر ۱. بلی	Eye4-5	بینایی سنجی - فرم Eye	رفع انسداد مجرای اشکی	۲۳
۰. خیر ۱. بلی	Eye4-6	بینایی سنجی - فرم Eye	پارگی شبکیه	۲۴
متن	Eye4-7	بینایی سنجی - فرم Eye	سایر جراحی های چشمی ذکر شود:	۲۵
۰. خیر ۱. بلی	Eye5	بینایی سنجی - فرم Eye	علائم خشکی شدید چشم شامل سوزش، احساس جسم خارجی، سخت باز شدن پلک ها	۲۶
۱. نداشته ام ۲. جهت چکاپ ۳. جهت بیماری چشمی	Eye6	بینایی سنجی - فرم Eye	ویزیت چشم پزشکی در یک سال اخیر	۲۷
متن	Eye6-1	بینایی سنجی - فرم Eye	توضیحات:	۲۸
۱. نداشته ام ۲. جهت چکاپ ۳. جهت بیماری چشمی	Eye7	بینایی سنجی - فرم Eye	ویزیت اپتومتری در یک سال اخیر	۲۹
متن	Eye7-1	بینایی سنجی - فرم Eye	توضیحات:	۳۰
	Eye8	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>Distance VA (LogMar)</b>	۳۱

/10	Eye8-Od	بینایی سنجی - فرم Eye	OD:	۳۲
/10	Eye8-Os	بینایی سنجی - فرم Eye	OS:	۳۳
	Eye9	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>Present Far Glasses</b>	۳۴
عدد	Eye9-Od: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۳۵
عدد	Eye9-Od: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۳۶
عدد	Eye9-Od: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۳۷
عدد	Eye9-Os: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۳۸
عدد	Eye9-Os: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۳۹
عدد	Eye9-Os: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۴۰
	Eye10	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>Present Near Glasses</b>	۴۱
عدد	Eye10- Od: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۴۲
عدد	Eye10- Od: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۴۳
عدد	Eye10- Od: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۴۴
عدد	Eye10- Os: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۴۵
عدد	Eye10- Os: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۴۶
عدد	Eye10- Os: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۴۷
	Eye11	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>Objective Refraction</b>	۴۸
عدد	Eye11- Od: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۴۹
عدد	Eye11- Od: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۵۰
عدد	Eye11- Od: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۵۱
N Y	Eye11- Od: PRR	بینایی سنجی - فرم Eye	PRR	۵۲

N Y	Eye11- Od: SM	بینایی سنجی - فرم Eye	SM	۵۳
عدد	Eye11- Os: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۵۴
عدد	Eye11- Os: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۵۵
عدد	Eye11- Os: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۵۶
N Y	Eye11- Os: PRR	بینایی سنجی - فرم Eye	PRR	۵۷
N Y	Eye11- Os: SM	بینایی سنجی - فرم Eye	SM	۵۸
	Eye12	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>Subjective Refraction</b>	۵۹
عدد	Eye12- Od: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۶۰
عدد	Eye12- Od: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۶۱
عدد	Eye12- Od: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۶۲
عدد	Eye12- Os: Sph	بینایی سنجی - فرم Eye	Sph:	۶۳
عدد	Eye12- Os: Cyl	بینایی سنجی - فرم Eye	Cyl:	۶۴
عدد	Eye12- Os: Axs	بینایی سنجی - فرم Eye	Axs:	۶۵
	Eye13	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>RAPD</b>	۶۶
- +	Eye13- Od	بینایی سنجی - فرم Eye	OD:	۶۷
- +	Eye13- Os	بینایی سنجی - فرم Eye	OS:	۶۸
	Eye14	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>IOP</b>	۶۹
عدد	Eye14- Od	بینایی سنجی - فرم Eye	OD:	۷۰
عدد	Eye14- Os	بینایی سنجی - فرم Eye	OS:	۷۱
	Eye15	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>Strabismus</b>	۷۲
عدد	Eye15- Od	بینایی سنجی - فرم Eye	OD:	۷۳

عدد	Eye15-Os	بینایی سنجی - فرم Eye	OS:	۷۴
عدد	Eye15-Alt	بینایی سنجی - فرم Eye	Alt:	۷۵
	Eye16	بینایی سنجی - فرم Eye	Lid lesions	۷۶
۰. خیر ۱. بلی	Eye16-پتوز	بینایی سنجی - فرم Eye	پتوز	۷۷
۰. خیر ۱. بلی	Eye16-توده	بینایی سنجی - فرم Eye	توده	۷۸
۰. خیر ۱. بلی	Eye16-اشک ریزش	بینایی سنجی - فرم Eye	اشک ریزش	۷۹
۰. خیر ۱. بلی	Eye16-ضایعات دیگر	بینایی سنجی - فرم Eye	ضایعات دیگر	۸۰
متن	Eye16-1	بینایی سنجی - فرم Eye	توضیحات سایر ضایعات چشمی	۸۱
	Eye17	بینایی سنجی - فرم Eye	<b>وضعیت بینایی</b>	۸۲
۰. خیر ۱. بلی	Eye17-نرمال	بینایی سنجی - فرم Eye	نرمال	۸۳
۰. خیر ۱. بلی	Eye17-نیاز به عینک دور	بینایی سنجی - فرم Eye	نیاز به عینک دور	۸۴
۰. خیر ۱. بلی	Eye17-نیاز به عینک نزدیک	بینایی سنجی - فرم Eye	نیاز به عینک نزدیک	۸۵
۰. خیر ۱. بلی	Eye17-نیاز به ارجاع به چشم پزشک	بینایی سنجی - فرم Eye	نیاز به ارجاع به چشم پزشک	۸۶
۱. عینک قبلی مناسب است ۲. عینک جدید تجویز شد	Eye17-1	بینایی سنجی - فرم Eye	وضعیت عینک دور	۸۷
۱. عینک قبلی مناسب است ۲. عینک جدید تجویز شد	Eye17-2	بینایی سنجی - فرم Eye	وضعیت عینک نزدیک	۸۸

## بخش شنوایی سنجی

### پرسشنامه شنوایی سنجی – فرم Ear

شنوایی سنجی - فرم Ear				
ردیف	آیتم/ سوال	source	نام متغیر در database	توضیحات
۱	در صورت عدم پاسخ بیمار (No Response) تیک کنار هر عدد را فعال نمایید	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1	
۲	ACR	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1	
۳	250 Hz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-1	عدد
۴	500 Hz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-2	عدد
۵	750 Hz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-3	عدد
۶	1 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-4	عدد
۷	1.5 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-5	عدد
۸	2 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-6	عدد
۹	3 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-7	عدد
۱۰	4 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-8	عدد
۱۱	6 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-1-9	عدد
۱۲	8 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear 1-1-10	عدد
۱۳	BCR	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-2	
۱۴	250 Hz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-2-1	عدد
۱۵	500 Hz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-2-2	عدد
۱۶	750 Hz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-2-3	عدد
۱۷	1 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-2-4	عدد
۱۸	1.5 KHz	شنوایی سنجی - فرم Ear	Ear1-2-5	عدد

عدد	Ear1-2-6	شنوایی سنجی - فرم Ear	2 KHz	۱۹
عدد	Ear1-2-7	شنوایی سنجی - فرم Ear	3 KHz	۲۰
عدد	Ear1-2-8	شنوایی سنجی - فرم Ear	4 KHz	۲۱
عدد	Ear1-2-9	شنوایی سنجی - فرم Ear	6 KHz	۲۲
عدد	Ear 1-2-10	شنوایی سنجی - فرم Ear	8 KHz	۲۳
	Ear1-3	شنوایی سنجی - فرم Ear	ACL	۲۴
عدد	Ear1-3-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	250 Hz	۲۵
عدد	Ear1-3-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	500 Hz	۲۶
عدد	Ear1-3-3	شنوایی سنجی - فرم Ear	750 Hz	۲۷
عدد	Ear1-3-4	شنوایی سنجی - فرم Ear	1 KHz	۲۸
عدد	Ear1-3-5	شنوایی سنجی - فرم Ear	1.5 KHz	۲۹
عدد	Ear1-3-6	شنوایی سنجی - فرم Ear	2 KHz	۳۰
عدد	Ear1-3-7	شنوایی سنجی - فرم Ear	3 KHz	۳۱
عدد	Ear1-3-8	شنوایی سنجی - فرم Ear	4 KHz	۳۲
عدد	Ear1-3-9	شنوایی سنجی - فرم Ear	6 KHz	۳۳
عدد	Ear 1-3-10	شنوایی سنجی - فرم Ear	8 KHz	۳۴
	Ear1-4	شنوایی سنجی - فرم Ear	BCL	۳۵
عدد	Ear1-4-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	250 Hz	۳۶
عدد	Ear1-4-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	500 Hz	۳۷
عدد	Ear1-4-3	شنوایی سنجی - فرم Ear	750 Hz	۳۸
عدد	Ear1-4-4	شنوایی سنجی - فرم Ear	1 KHz	۳۹

عدد	Ear1-4-5	شنوایی سنجی - فرم Ear	1.5 KHz	۴۰
عدد	Ear1-4-6	شنوایی سنجی - فرم Ear	2 KHz	۴۱
عدد	Ear1-4-7	شنوایی سنجی - فرم Ear	3 KHz	۴۲
عدد	Ear1-4-8	شنوایی سنجی - فرم Ear	4 KHz	۴۳
عدد	Ear1-4-9	شنوایی سنجی - فرم Ear	6 KHz	۴۴
عدد	Ear 1-4-10	شنوایی سنجی - فرم Ear	8 KHz	۴۵
	Ear2-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	گوش راست	۴۶
درصد	Ear2-1-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	SDS	۴۷
dB	Ear2-1-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	SRT	۴۸
	Ear2-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	گوش چپ	۴۹
درصد	Ear2-2-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	SDS	۵۰
dB	Ear2-2-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	SRT	۵۱
	Ear3-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	میزان افت شنوایی گوش راست	۵۲
عدد	Ear3-1-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	نرمال (۱۰- تا ۱۵)	۵۳
عدد	Ear3-1-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	خفیف (۱۶ تا ۲۵)	۵۴
عدد	Ear3-1-3	شنوایی سنجی - فرم Ear	ملايم (۲۶ تا ۴۰)	۵۵
عدد	Ear3-1-4	شنوایی سنجی - فرم Ear	متوسط (۴۱ تا ۵۵)	۵۶
عدد	Ear3-1-5	شنوایی سنجی - فرم Ear	متوسط رو به شديد (۵۶ تا ۷۰)	۵۷
عدد	Ear3-1-6	شنوایی سنجی - فرم Ear	شدید (۷۱ تا ۹۰)	۵۸
عدد	Ear3-1-7	شنوایی سنجی - فرم Ear	عمیق (بیشتر از ۹۰)	۵۹
	Ear3-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	میزان افت شنوایی گوش چپ	۶۰

عدد	Ear3-2-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	نرمال (۱۰- تا ۱۵)	۶۱
عدد	Ear3-2-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	خفیف (۱۶ تا ۲۵)	۶۲
عدد	Ear3-1-3	شنوایی سنجی - فرم Ear	ملايم (۲۶ تا ۴۰)	۶۳
عدد	Ear3-2-4	شنوایی سنجی - فرم Ear	متوسط (۴۱ تا ۵۵)	۶۴
عدد	Ear3-2-5	شنوایی سنجی - فرم Ear	متوسط رو به شديد (۵۶ تا ۷۰)	۶۵
عدد	Ear3-2-6	شنوایی سنجی - فرم Ear	شدید (۷۱ تا ۹۰)	۶۶
عدد	Ear3-2-7	شنوایی سنجی - فرم Ear	عمیق (بیشتر از ۹۰)	۶۷
۰. خیر ۱. بلی	Ear8	شنوایی سنجی - فرم Ear	آیا از وسایل کمک شنوایی استفاده می کنید ؟	۶۸
	Ear4	شنوایی سنجی - فرم Ear	استفاده از وسایل کمک شنوایی	۶۹
۰. خیر ۱. بلی	Ear4-1-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	گوش راست	۷۰
۰. خیر ۱. بلی	Ear4-1-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	گوش چپ	۷۱
۱. نیاز به سمعک دارد ۲. از سمعک استفاده نمی کند ۳. نیاز به سایر وسایل کمکی	Ear5	شنوایی سنجی - فرم Ear	وضعیت شنوایی	۷۲
۱. سمعک قبلی مناسب است ۲. سمعک جدید تجویز شد	Ear5-1	شنوایی سنجی - فرم Ear	وضعیت سمعک	۷۳
متن	Ear5-2	شنوایی سنجی - فرم Ear	سایر وسایل کمکی	۷۴
۱. گوش راست نیاز به شستشو دارد ۲. گوش چپ نیاز به شستشو دارد ۳. گوش راست دچار پارگی پرده تمپان است ۴. گوش چپ دچار پارگی پرده تمپان است ۵. گوش راست عفونت راجعه دارد ۶. گوش چپ عفونت راجعه دارد ۷. سایر موارد	Ear10	شنوایی سنجی - فرم Ear	تشخیص و اقدامات درمانی :	۷۵
متن	Ear7	شنوایی سنجی - فرم Ear	نظر کلی آدیولوژیست :	۷۶

**ALSA**

Ardakan Longitudinal  
Study on Aging

