

እባክዎ ለእያንዳንዱ መግለጫ ተገቢው ሳጥን ላይ ምልክት ያድርጉ

1, በአካላዊ ጤንነትዎ ምን ያህል ይረካሉ?

በጣም አልረካም	አልረካም	ይልቁንም አልረካም	ይልቁንም ረካለው	ረካለው	በጣም ረካለው
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2, በሰነልቦና ደህንነትዎ ምን ያህል ይረካሉ?

በጣም አልረካም	አልረካም	ይልቁንም አልረካም	ይልቁንም ረካለው	ረካለው	በጣም ረካለው
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3, በወሲባዊ ሕይወትዎ ምን ያህል ረክተዋል (ከአጋሮ ጋር ሆነ ወይም ከራስዎ ጋር ወሲብ ቢፈጽሙም)?

በጣም አልረካም	አልረካም	ይልቁንም አልረካም	ይልቁንም ረካለው	ረካለው	በጣም ረካለው
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4ሀ, በአሁኑ ጊዜ የኤች አይ ቪ መድኃኒት እየወሰዱ ነው?

አዎ → ወደ ጥያቄ ቁጥር 4ለ ይሂዱ።

አይ → ጥያቄ ቁጥር 5 ይሂዱ።

4ለ, የጎንዮሽ ጉዳቶች ይጋጥሙዎታል?

አዎ → ወደ ጥያቄ ቁጥር 4ለ ይሂዱ።

አይ → ወደ ጥያቄ ቁጥር 5 ይሂዱ።

4ሐ, በሕክምና የጎንዮሽ ጉዳት ምን ያህል ይረበሻሉ?

በጣም እቸገራለው	እቸገራለው	ይልቁንም እቸገራለው	በጣም አልቸገርም
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4መ, ባለፈው ሳምንት ምን ያህል መጠን አምልጧታል?

0	1-2	3 ወይም ከዛ በላይ የሚሆን መጠን
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5, ያጨሳሉ?

በፍጹም	አቁሚያለው	አዎ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6, በኤች.አይ.ቪ እንክብካቤዎ እና ህክምናዎ እቅድ እና ግንዛቤ ውስጥ የተሳተፉ እንደሆኑ ይሰማዎታል??

በፍጹም	አልፎ አልፎ	አንዳንድ ጊዜ	ሁል ጊዜ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7, በኤች.አይ.ቪ ከሊኒክዎ በሚሰጡት እንክብካቤ ጥራት ምን ያህል ረክተዋል?

በጣም አልረካም	አልረካም	ይልቁንም አልረካም	ይልቁንም ረካለው	ረካለው	በጣም ረካለው
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ስለተሳተፉ እናመሰግናለን!