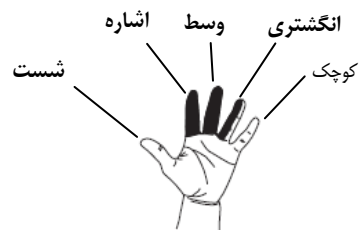


نواحی مشخص شده در شکل های زیر وضعیت های دست که در پرسشنامه اشاره شده را نشان می دهد. لطفاً گزینه صحیح را با علامت مناسب مشخص کنید.



ناحیه ۱

(ناحیه مشخص شده)

فقط برای دست چپ کامل کنید.



ناحیه ۲

(ناحیه مشخص شده)



ناحیه ۳

(ناحیه مشخص شده)



ناحیه ۴

(ناحیه مشخص شده)



ناحیه ۵

(ناحیه مشخص شده)



ناحیه ۶

(ناحیه مشخص شده)

طی هفته گذشته چند بار احساس درد و ناراحتی در هنگام استفاده از موبایل در اندام زیر داشته اید؟

اگر احساس درد و ناراحتی داشته اید میزان آن چقدر بوده است؟

آیا احساس درد یا ناراحتی تاثیری در توان استفاده شما از موبایل داشته است؟

هرگز	۱-۲ بار در هفته	۳-۴ بار در هفته	یک بار در هفته	چندین بار در روز	کم	متوسط	زیاد	زیاد	کم	به هیچ وجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>