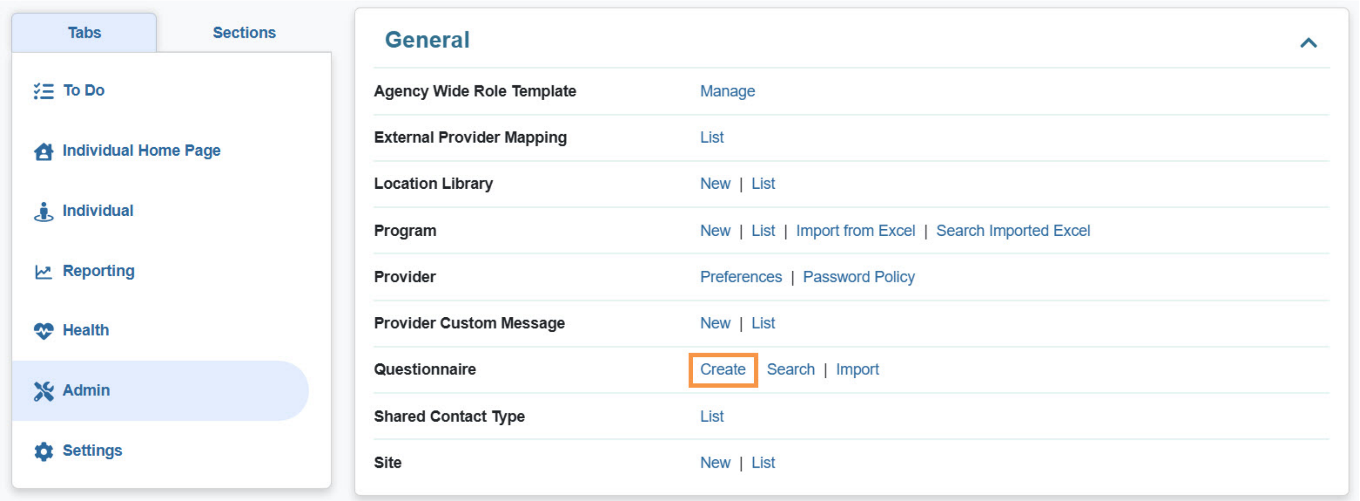
Therap Global
Person-Centered. Data-Driven.

Questionnaire তৈরি করুন

Therap ব্যবহারকারীরা যাদের ***Clinical Admin*** এডমিনেস্ট্রেটিভ রোল আছে , তারা **Questionnaire** মডিউলটির মাধ্যমে জরিপ এবং অ্যাসেসমেন্টসহ বিভিন্ন প্রশ্নমালা তৈরি করতে পারবেন। পরবর্তীতে অ্যাপ্রুভড (Approved) **Questionnaire** ফর্মটি **Casenote** মডিউলটির মাধ্যমে পূরণ করা যাবে।

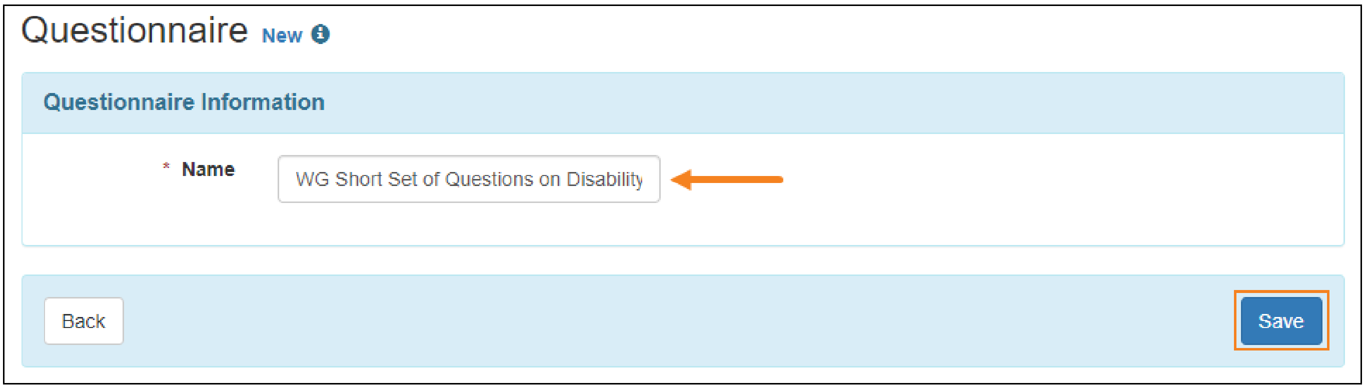
১. **Admin** ট্যাব থেকে **Questionnaire** অপশনটির **Create** লিঙ্কটিতে ক্লিক করুন।


Tabs
Sections
To Do
Individual Home Page
Individual
Reporting
Health
Admin
Settings

General

Agency Wide Role Template	Manage
External Provider Mapping	List
Location Library	New | List
Program	New | List | Import from Excel | Search Imported Excel
Provider	Preferences | Password Policy
Provider Custom Message	New | List
Questionnaire	Create | Search | Import
Shared Contact Type	List
Site	New | List

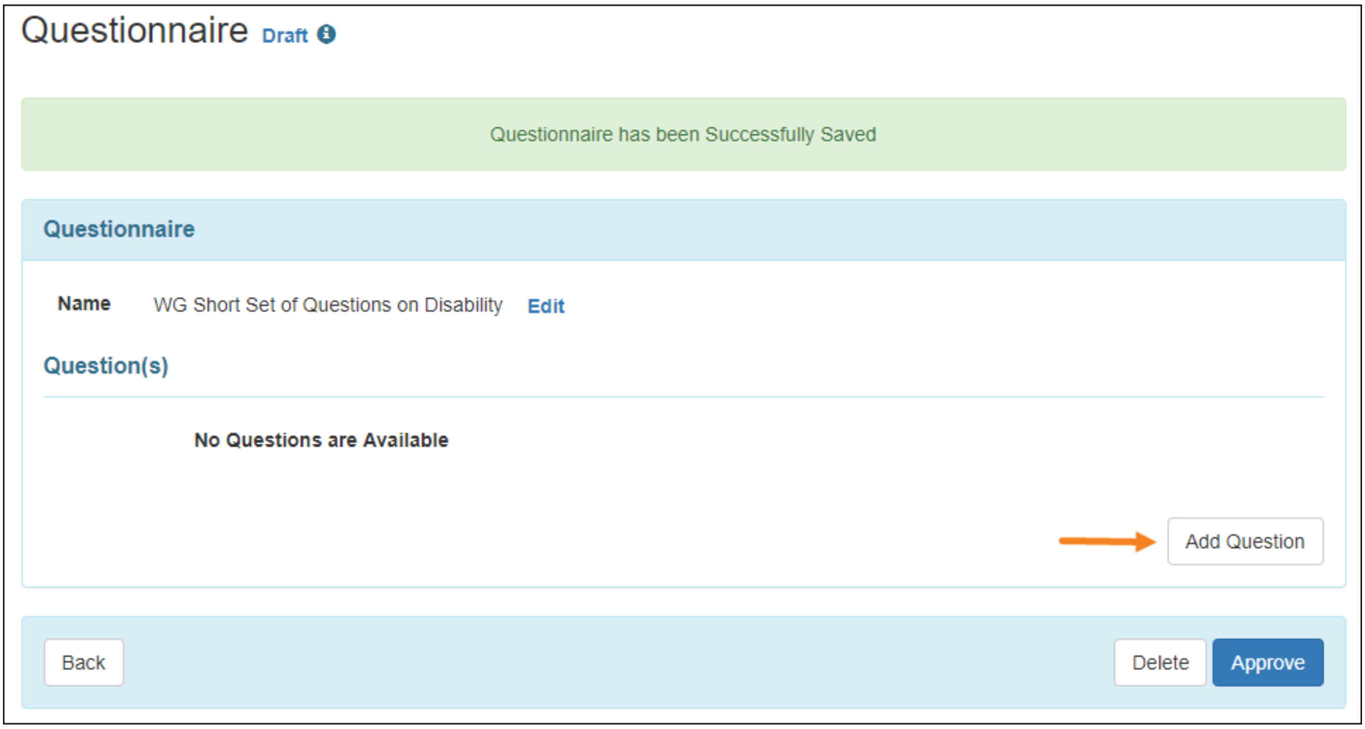
২. পরবর্তীপেজে , **Questionnaire** এর **Name** লিখে **Save** বাটনে ক্লিক করুন।



Questionnaire New
Questionnaire Information
Back
Save

* Name: WG Short Set of Questions on Disability

৩. Questionnaire ফর্মটিতে প্রশ্ন সংযুক্ত করার জন্য **Add Question** বাটনে ক্লিক করুন।



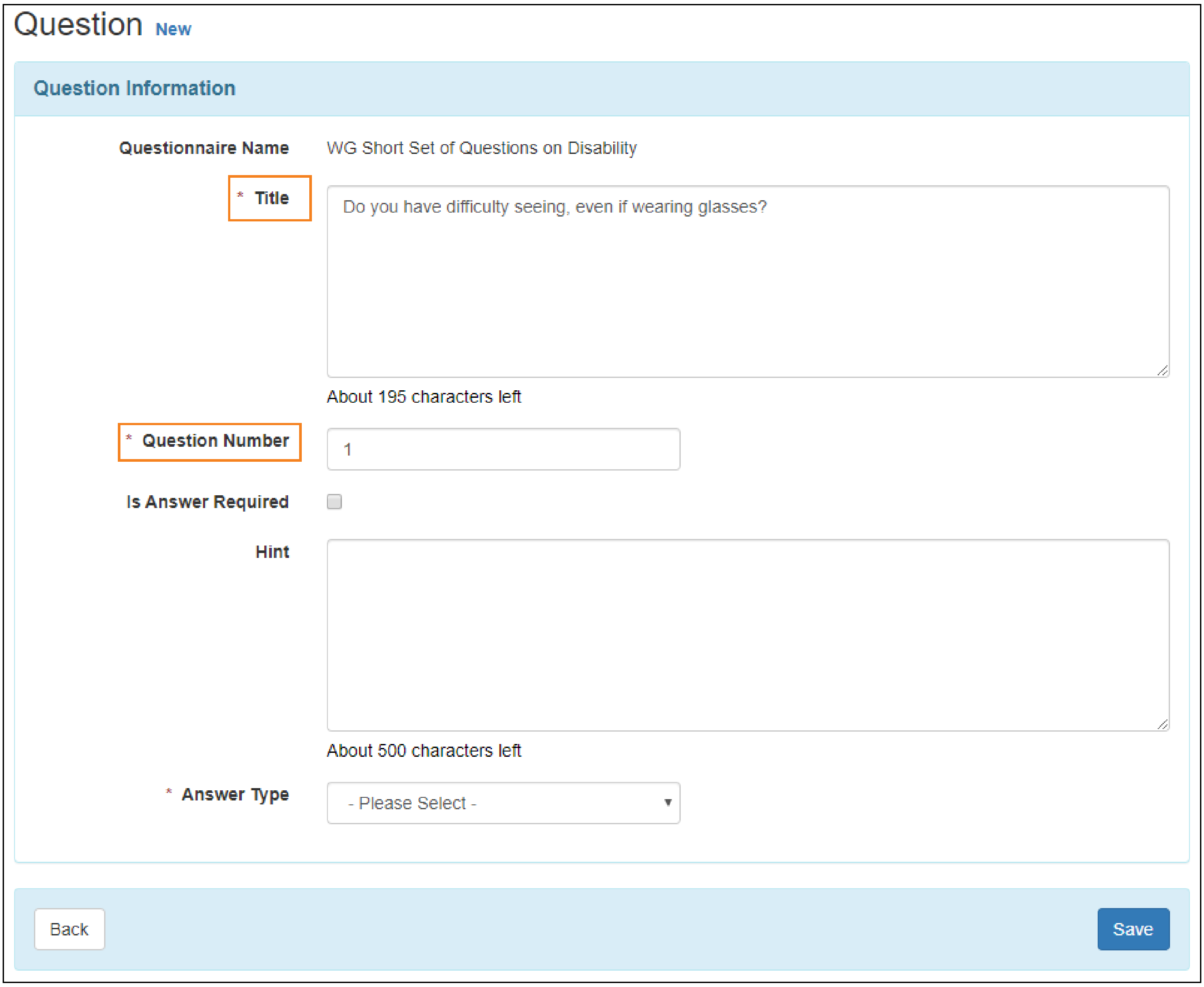
Questionnaire Draft
Questionnaire
Edit
Question(s)
Add Question
Back
Delete
Approve

Questionnaire has been Successfully Saved

Name: WG Short Set of Questions on Disability

No Questions are Available

৪. প্রথমেই প্রশ্নের **Title** লিখুন। **Question Number** ফিল্ডটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে পূরণ থাকবে এবং আপনি চাইলে তা পরিবর্তন করতে পারবেন।



Question New

Question Information

Questionnaire Name WG Short Set of Questions on Disability

*** Title** Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

About 195 characters left

*** Question Number** 1

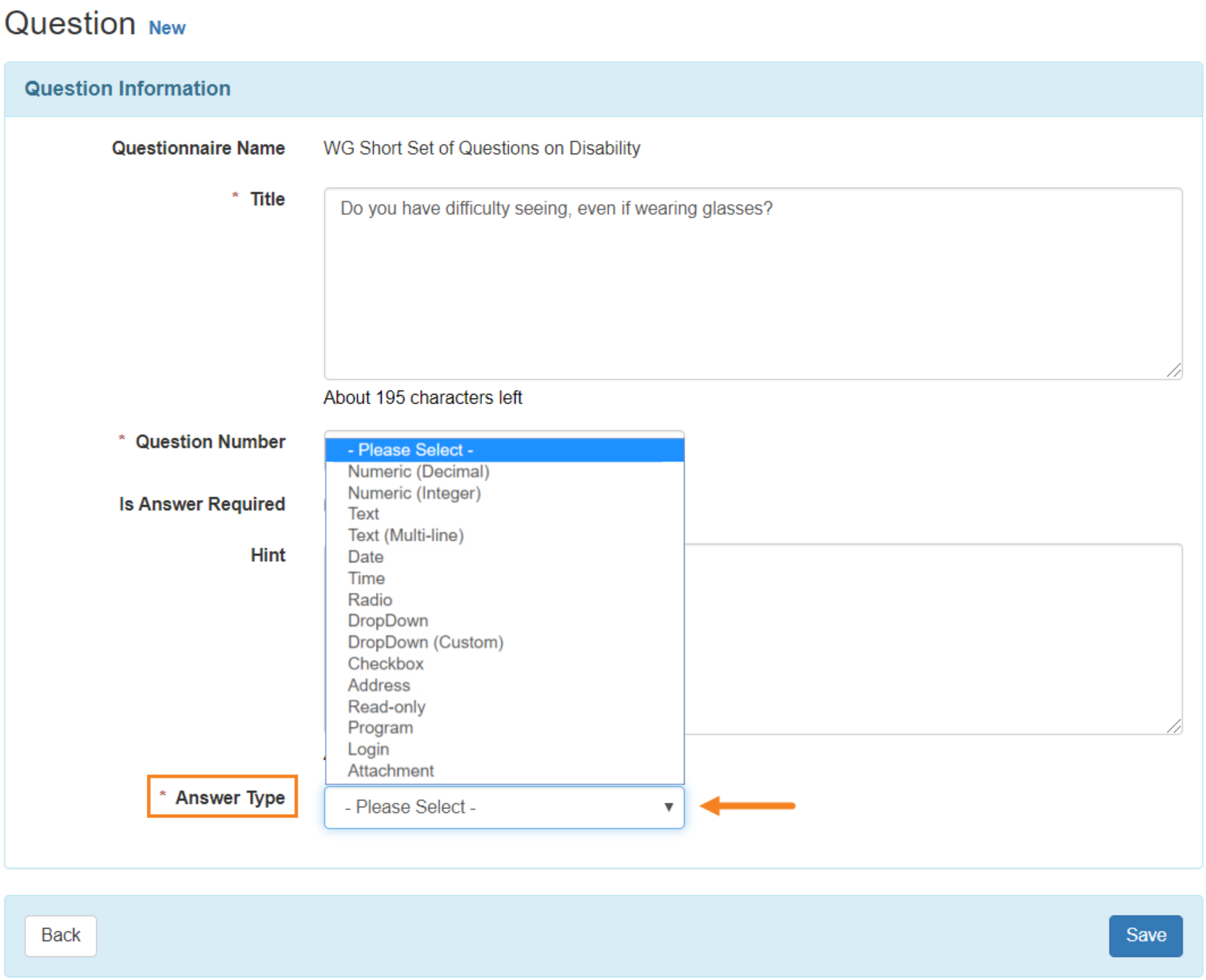
Is Answer Required ☐

Hint

About 500 characters left

*** Answer Type** - Please Select -

৫. আপনার প্রশ্নের ধরণ অনুযায়ী **Answer Type** নির্বাচন করুন।



Question New

Question Information

Questionnaire Name WG Short Set of Questions on Disability

* **Title** Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

About 195 characters left

* **Question Number**

Is Answer Required

Hint

* **Answer Type** - Please Select -

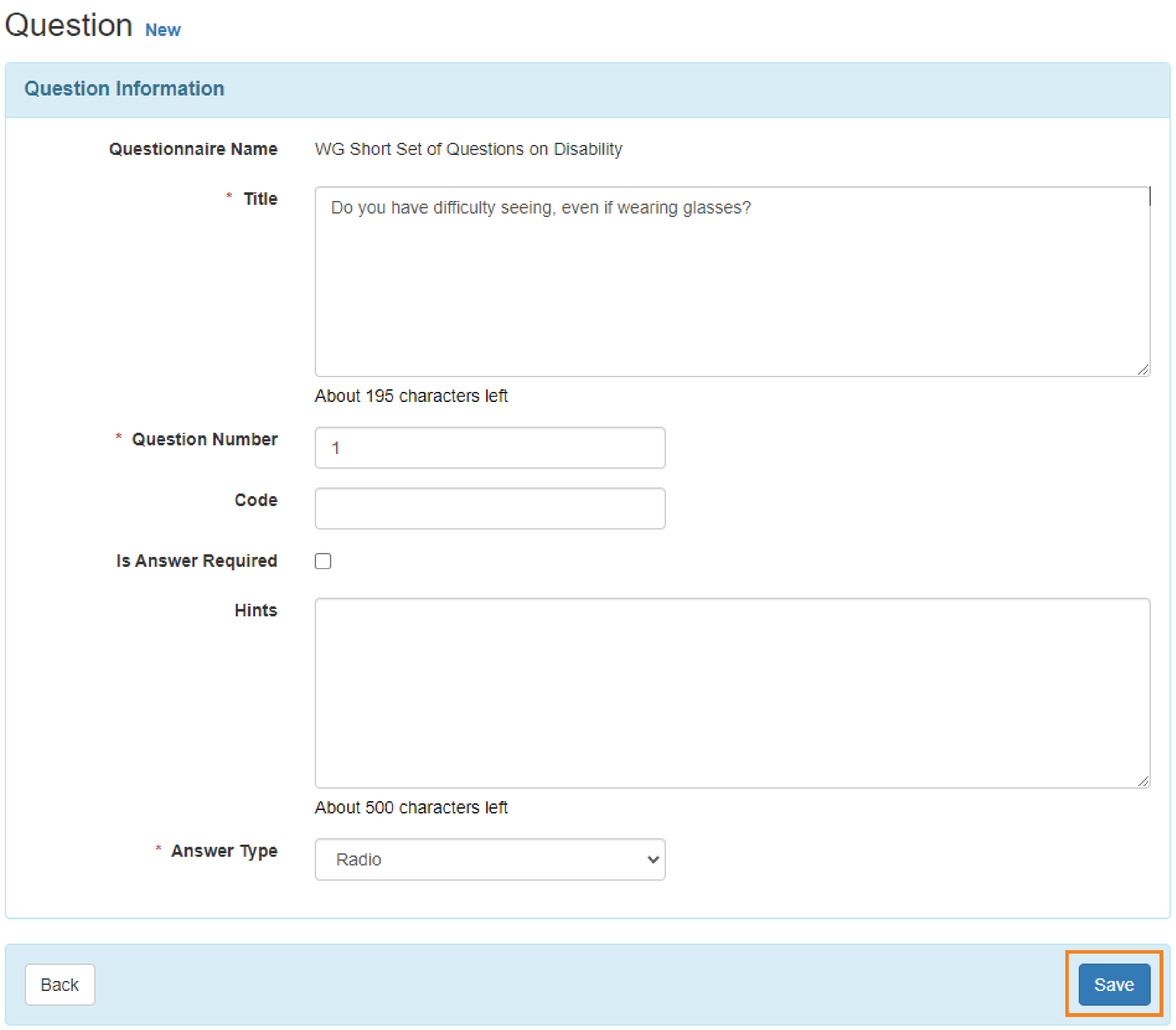
- Please Select -
Numeric (Decimal)
Numeric (Integer)
Text
Text (Multi-line)
Date
Time
Radio
DropDown
DropDown (Custom)
Checkbox
Address
Read-only
Program
Login
Attachment
Back
Save

নোট:

- **Answer Type** ফিল্ডটির ড্রপ -ডাউন তালিকা থেকে আপনি নিম্নের টাইপগুলো সিলেক্ট করতে পারবেন:
  - Numeric (Decimal): উত্তর দেওয়ার সময় শুধুমাত্র ভগ্নাংশ প্রবেশ করতে পারবেন।
  - Numeric (Integer): উত্তর দেওয়ার সময় শুধুমাত্র পূর্ণসংখ্যা প্রবেশ করতে পারবেন।
  - Text: উত্তর দেওয়ার সময় ২৫৫ পর্যন্ত ক্যারেক্টার প্রবেশ করতে পারবেন।

- Text (Multi-line): উত্তর দেওয়ার সময় ৩০০০ পর্যন্ত ক্যারেক্টার প্রবেশ করতে পারবেন।
- Date: উত্তর দেওয়ার সময় MM/DD/YYYY ফর্ম্যাটে তারিখ নির্বাচন করতে পারবেন।
- Time: উত্তর দেওয়ার সময় HH:MM ফর্ম্যাটে সময় নির্বাচন করতে পারবেন।
- Radio: এই Answer Type এ প্রশ্ন তৈরির সময় একাধিক অপশনের থেকে একটি অপশন বেছে নিতে হয়। এক্ষেত্রে আপনি ৬০টি পর্যন্ত অপশন দিতে পারবেন।
- DropDown: ড্রপডাউন তালিকার মাধ্যমে প্রয়োজন অনুসারে উত্তর নির্বাচন করতে পারবেন। এখানে আপনি ৬০টি অপশন সংযুক্ত করতে পারবেন এবং উত্তর দেওয়ার সময় যেকোনো একটি অপশন নির্বাচন করতে পারবেন।
- Checkbox: চেকবক্স টাইপটির মাধ্যমে একাধিক উত্তর নির্বাচন করা যায় এবং এখানে ৬০টি পর্যন্ত অপশন সংযুক্ত করা যাবে।
- Address: উত্তর দেওয়ার সময় ঠিকানার তথ্য Street 1, Street 2, City, Postal Code,Country ফর্ম্যাটে উত্তর প্রদান করতে পারবেন।
- Read-only: ব্যবহারকারীরা শুধুমাত্র প্রশ্নটি পড়তে পারবেন কিন্তু এই টাইপে কোনো উত্তর প্রদান করার প্রয়োজন নেই।
- Program:এই টাইপে এনরোলড ইন্ডিভিজুয়াল এর প্রোগ্রামের তালিকা থেকে একটি প্রোগ্রাম নির্বাচন করতে পারবেন।
- Login: সিস্টেমের সকল সক্রিয় ব্যবহারকারীর নাম এবং তাদের টাইটেলসমূহ দেখে উত্তর নির্বাচন করা যাবে।
- Attachment:উত্তর দেওয়ার সময় প্রয়োজন অনুসারে ডকুমেন্ট সংযুক্ত করতে পারবেন।

৬. প্রয়োজনীয় তথ্য দেওয়ার পর **Save** বাটনে ক্লিক করুন।



Question New

Question Information

Questionnaire Name: WG Short Set of Questions on Disability

* Title: Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?

About 195 characters left

* Question Number: 1

Code:

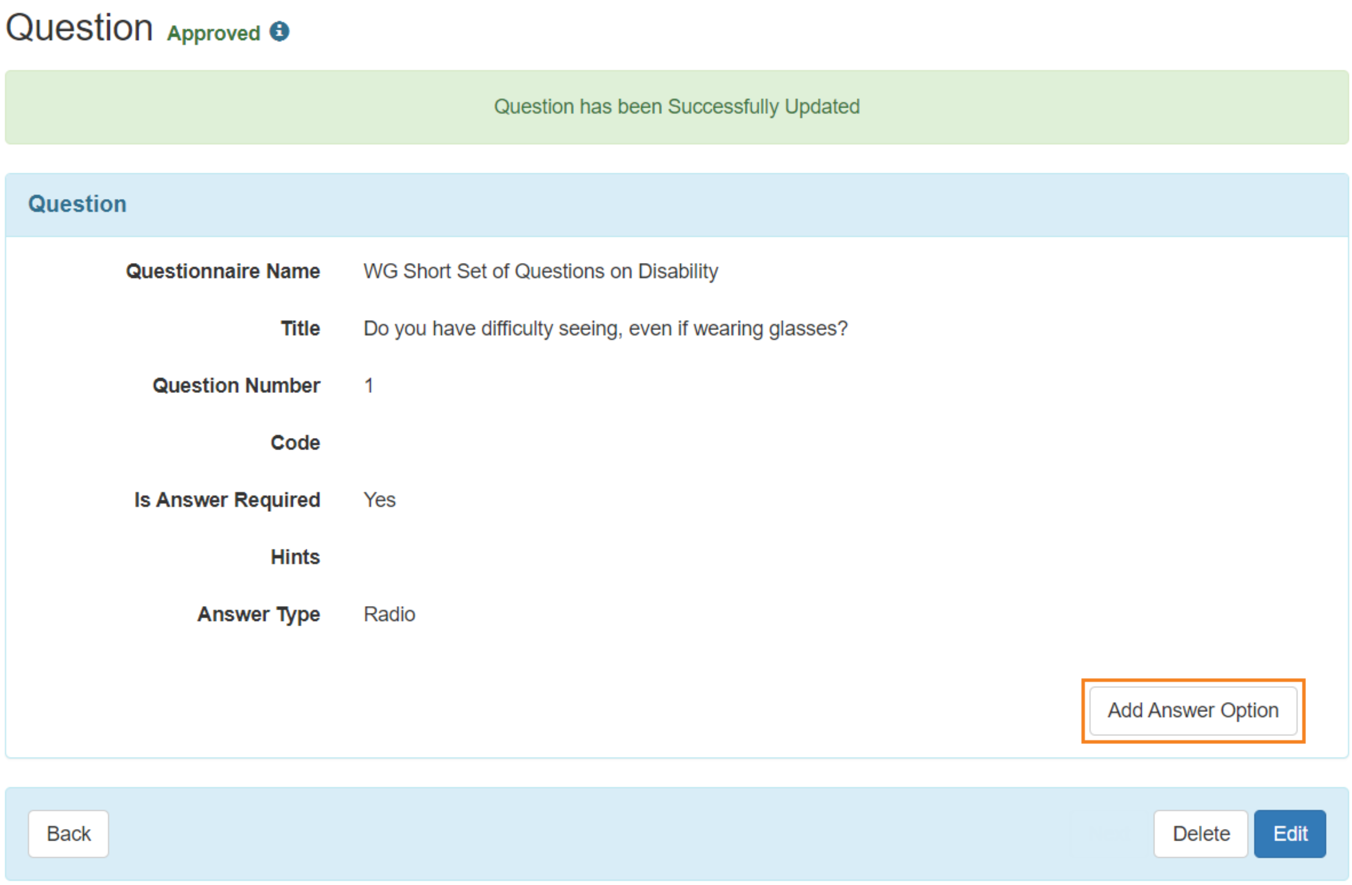
Is Answer Required: ☐

Hints:

About 500 characters left

* Answer Type: Radio

৭. পরবর্তী পেজে , প্রশ্নের **Add Answer Option** বাটনের মাধ্যমে প্রশ্নের উত্তরের অপশন সংযুক্ত করা যাবে। **Add Answer Option** ক্লিক করলে **‘Answer Option’** পেজে নিয়ে যাবে যেখানে আপনি প্রশ্নের বিকল্প উত্তর সমূহ অ্যাড করতে পারবেন।



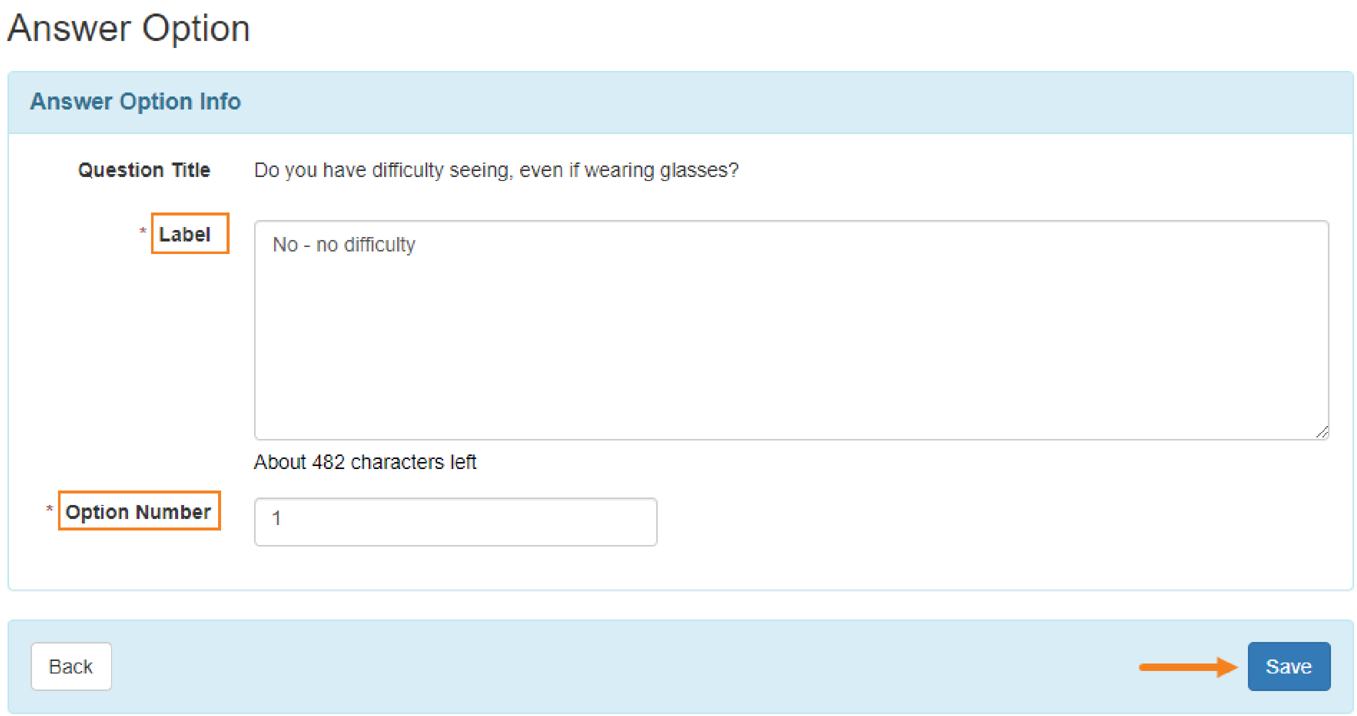
Question Approved

Question has been Successfully Updated

Question

Questionnaire Name	WG Short Set of Questions on Disability
Title	Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?
Question Number	1
Code	
Is Answer Required	Yes
Hints	
Answer Type	Radio

৮. **‘Answer Option’** পেজে, **Label** ফিল্ডটিতে অপশনটি লিখুন। **Option Number** ফিল্ডটি স্বয়ংক্রিয়ভাবে পূরণ থাকে। উত্তরটি সংরক্ষণ করতে **Save** বাটনে ক্লিক করুন।

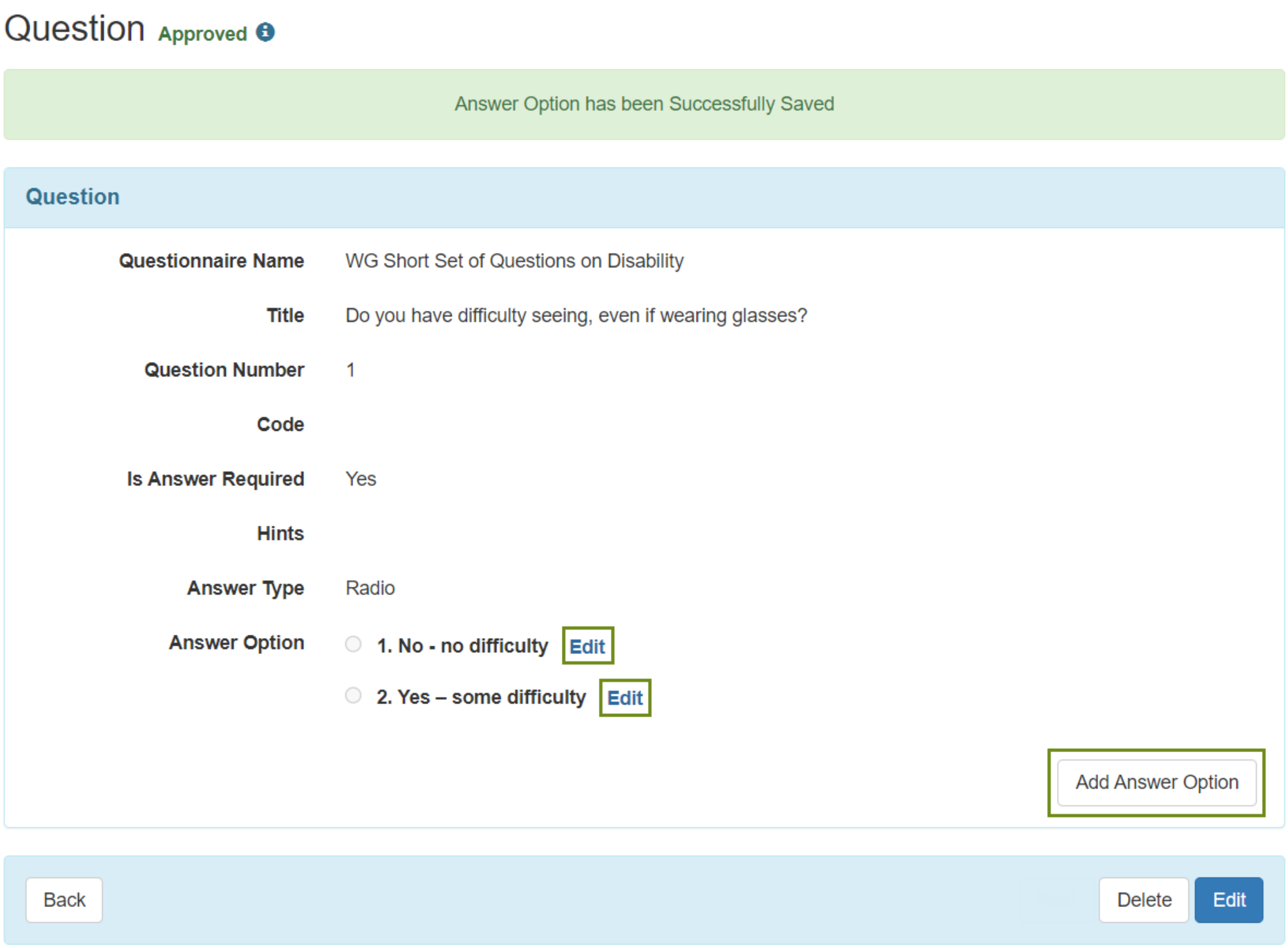


Answer Option

Answer Option Info

Question Title	Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?
* **Label**	No - no difficulty
	About 482 characters left
* **Option Number**	1

পরবর্তী পেজে আপনি আপনার প্রয়োজন অনুযায়ী উত্তরের অপশন সংযুক্ত করতে পারবেন। প্রয়োজনে আপনি আপনার পূর্বের পূরণকৃত অপশন **Edit** করতে পারবেন।



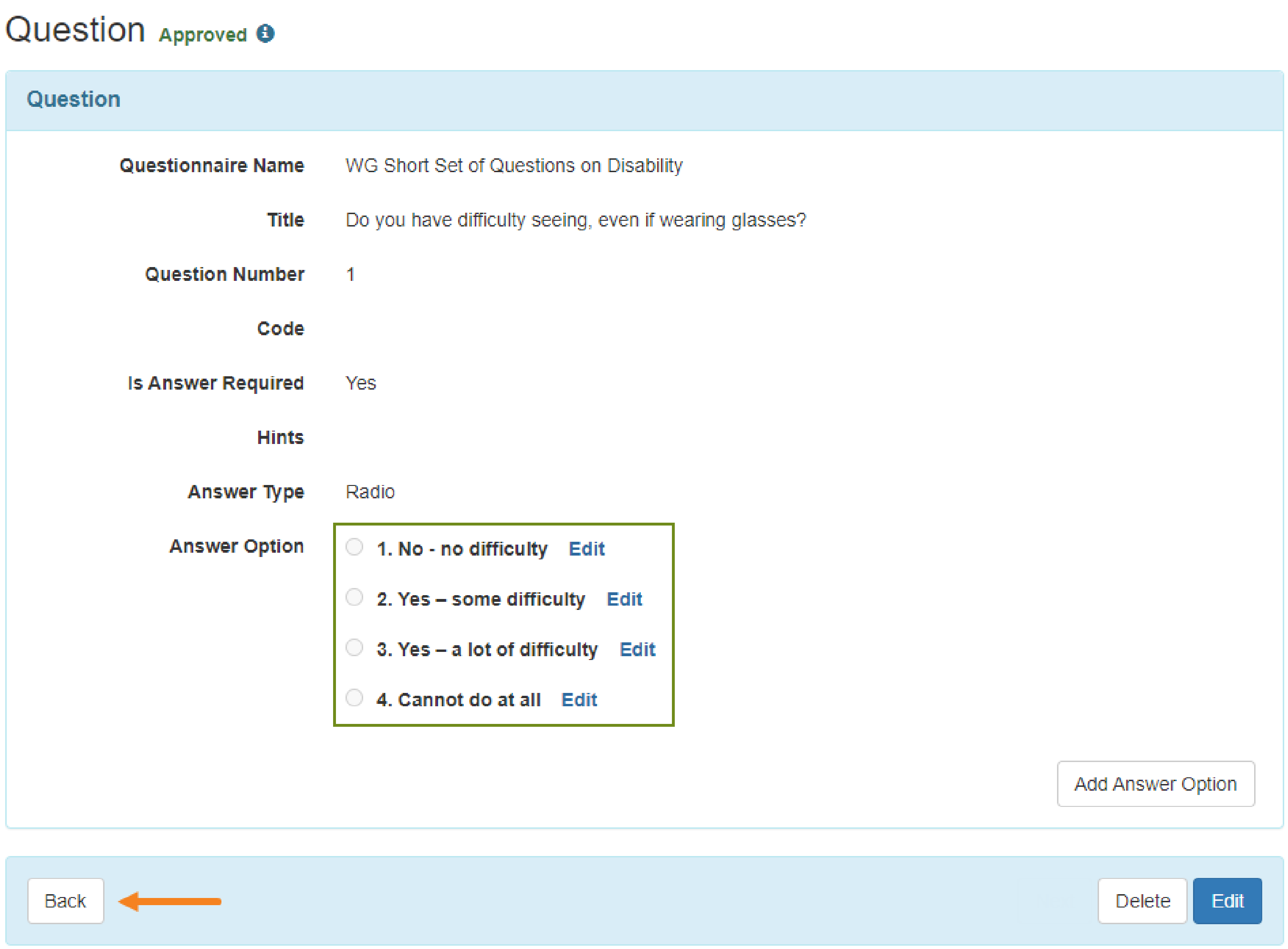
Question Approved

Answer Option has been Successfully Saved

Question

Questionnaire Name	WG Short Set of Questions on Disability
Title	Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?
Question Number	1
Code	
Is Answer Required	Yes
Hints	
Answer Type	Radio
Answer Option	○ 1. No - no difficulty Edit ○ 2. Yes – some difficulty Edit

৯. Questionnaire ফর্মটি আপনার নির্বাচন করা প্রশ্নের **Answer Type** এর উপর নির্ভর করে প্রদর্শিত হবে। প্রয়োজন অনুযায়ী আপনি প্রশ্ন ও উত্তরের অপশনসমূহ **Edit** এবং **Add Answer Option** এর মাধ্যমে নতুন অপশন সংযুক্ত করতে পারবেন। Back বাটনে ক্লিক করলে আপনাকে **Questionnaire** পেজে নিয়ে যাবে।



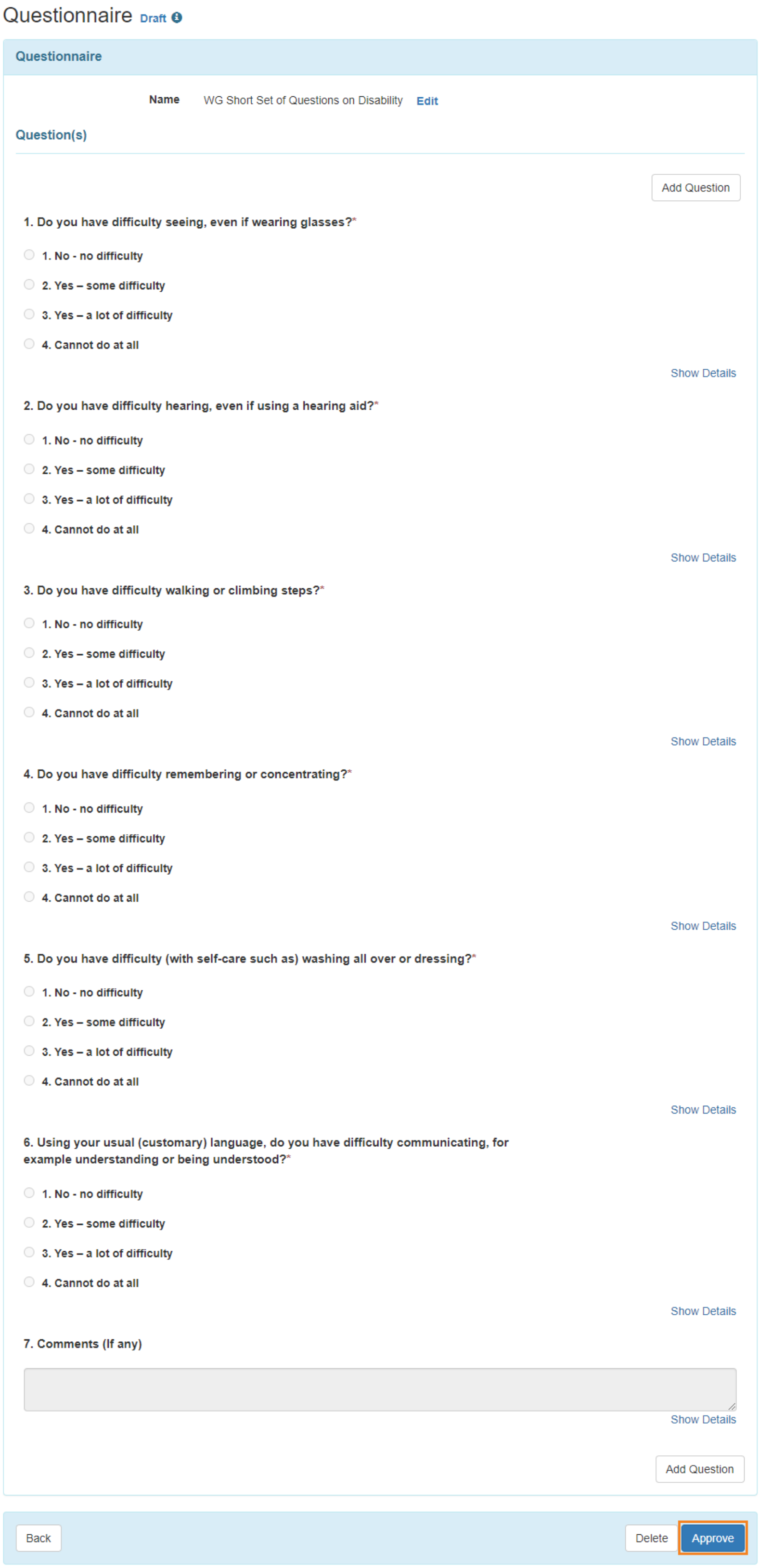
Question Approved

Question

Questionnaire Name	WG Short Set of Questions on Disability
Title	Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?
Question Number	1
Code	
Is Answer Required	Yes
Hints	
Answer Type	Radio
Answer Option	○ 1. No - no difficulty ○ 2. Yes – some difficulty ○ 3. Yes – a lot of difficulty ○ 4. Cannot do at all

Edit
Edit
Edit
Edit
Add Answer Option
Back
Delete
Edit

১০. প্রয়োজনীয় প্রশ্ন ও তার উত্তরসমূহ সংযুক্ত করা হয়ে গেলে **Approve** বাটনে ক্লিক করুন।



Questionnaire

Draft

Questionnaire

Name WG Short Set of Questions on Disability

Edit

Question(s)

Add Question

1. Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

Show Details

2. Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

Show Details

3. Do you have difficulty walking or climbing steps?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

Show Details

4. Do you have difficulty remembering or concentrating?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

Show Details

5. Do you have difficulty (with self-care such as) washing all over or dressing?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

Show Details

6. Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood?*

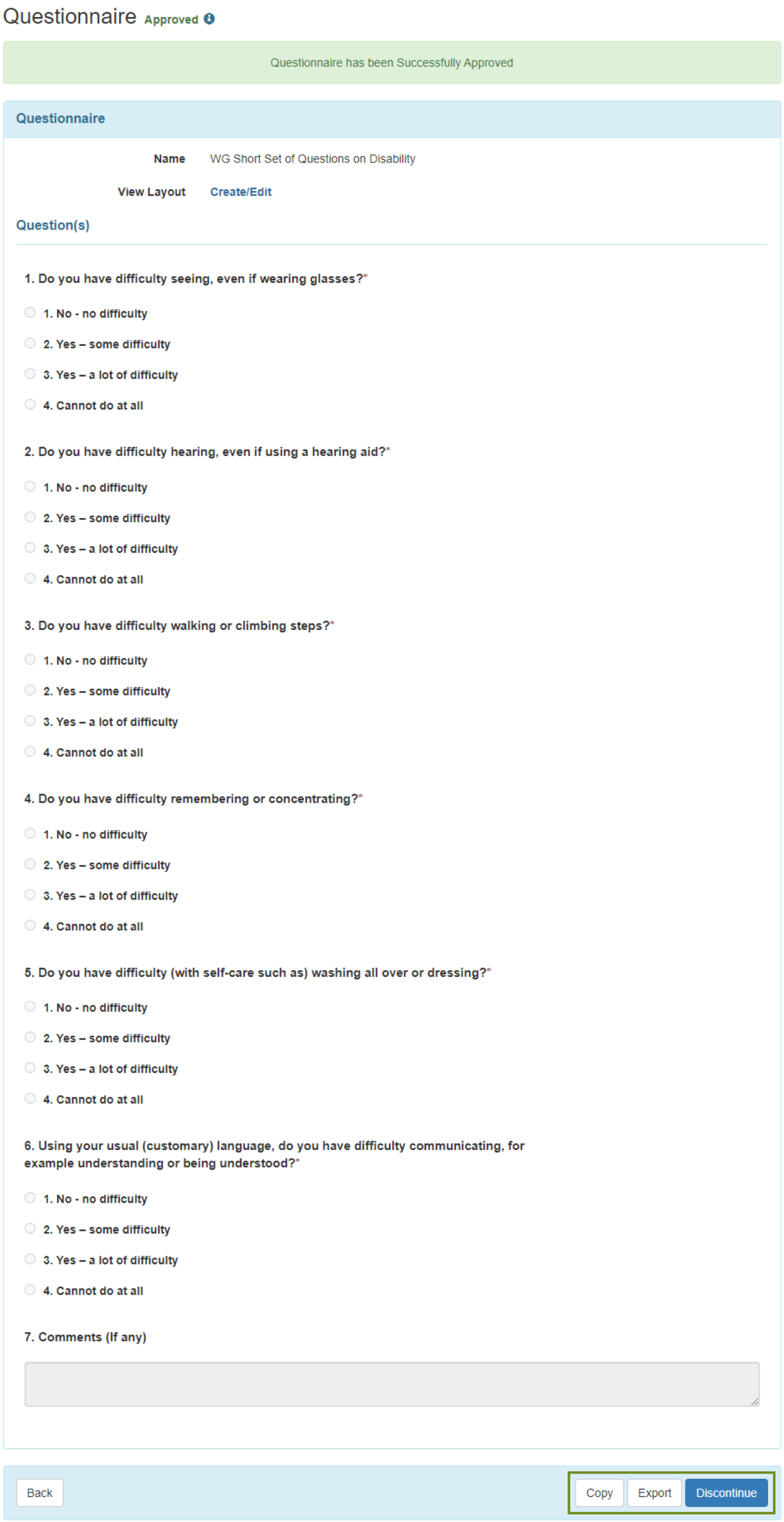
○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

Show Details

7. Comments (If any)

Show Details
Add Question
Back
Delete
Approve

নোট**:** ব্যবহারকারীরা অ্যাপ্রুভড (Approved) Questionnaire ফর্মটি **Copy, Export or Discontinue** করতে পারবেন। তবে অ্যাপ্রুভড (Approved) Questionnaire ফর্মটি এডিট করতে পারবেন না



Questionnaire Approved

Questionnaire has been Successfully Approved

Questionnaire

Name WG Short Set of Questions on Disability

View Layout Create/Edit

Question(s)

1. Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

2. Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

3. Do you have difficulty walking or climbing steps?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

4. Do you have difficulty remembering or concentrating?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

5. Do you have difficulty (with self-care such as) washing all over or dressing?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

6. Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood?*

○ 1. No - no difficulty
○ 2. Yes – some difficulty
○ 3. Yes – a lot of difficulty
○ 4. Cannot do at all

7. Comments (If any)