

Questionnaire 新增 新增

Therap 系統管理員可透過 **Clinical Admin** 系統管理員介面新增、刪除、
Questionnaire 系統管理員可透過系統管理員介面新增、刪除、
系統管理員可透過系統管理員介面 (Approved) **Questionnaire** 系統管理員 **Casenote**
系統管理員可透過系統管理員介面新增、刪除、

1. **Admin** 系統管理員可透過 **Questionnaire** 系統管理員 **Create** 系統管理員可透過系統管理員

To Do	General	
Individual	Provider	Preferences Password Policy Archive Preference
Admin	Change Password	User List
Agency Reports	User Privileges	Manage Archive Legacy Archive Upto Jul 2011
Individual Home Page	Admin Roles	List Legacy Archive
Settings	Questionnaire	→ Create Search
	Case Note Template	Manage Location Manage Activity Type Create Template Search Template Template Configuration

1. 系統管理員可透過, **Questionnaire** 新增 Name 新增 Save 系統管理員可透過系統管理員

Questionnaire New ⓘ

Questionnaire Information

* Name

WG Short Set of Questions on Disability

Back

Save

□. Questionnaire 保存済みのアンケートの質問を追加する Add Question 追加した質問は自動的にこのアンケートに追加されます

Questionnaire Draft ⓘ

Questionnaire has been Successfully Saved

Questionnaire

Name WG Short Set of Questions on Disability [Edit](#)

Question(s)

No Questions are Available

Add Question

Back

Delete

Approve

□. アンケートの質問の **Title** 質問の **Question Number** 番号は自動的にこのアンケートに追加されます
番号は自動的にこのアンケートに追加されます

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 -

[Back](#)

[Save](#)

□. □□□□□ □□□□□□□□ □□ □□□□□□□ **Answer Type** □□□□□□□□ □□□□□

- **Text (Multi-line):** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Date:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Time:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Radio:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **DropDown:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Checkbox:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Address:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Read-only:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Program:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Login:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動
- **Attachment:** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動

□. 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動 **Save** 可編輯 可刪除 可複製 可貼上 可選擇 可放大 可縮小 可旋轉 可移動

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

Add Answer Option

Back

Delete

Edit

4. **'Answer Option'** 入力, **Label** 入力後、**Option Number** 入力後、
入力後、**Save** 入力後、

Answer Option

Answer Option Info

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

* **Label**

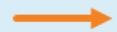
No - no difficulty

About 482 characters left

* **Option Number**

1

Back



Save

0000000 0000 0000 00000 0000000 0000000 0000000 0000 0000000 0000 0000000 0000000
 0000 00000 0000000 0000000 0000 **Edit** 0000 00000000

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](#)

[Add Answer Option](#)

[Back](#)

[Delete](#)

[Edit](#)

1. Questionnaire **Questionnaire** **Answer Type** **Edit** **Add Answer Option** **Back** **Questionnaire**

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 [Edit](#)
- ☐ 2. Yes – some difficulty [Edit](#)
- ☐ 3. Yes – a lot of difficulty [Edit](#)
- ☐ 4. Cannot do at all [Edit](#)

Add Answer Option

Back



Delete

Edit

00. 0000000000 0000000 0 000 0000000000 00000000 000 000 0000 **Approve** 000000 000000 000000

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

□□□: □□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□ (Approved) Questionnaire □□□□□□ **Copy, Export or Discontinue** □□□□ □□□□□□□□ □□□ □□□□□□□□□□ (Approved) Questionnaire □□□□□□ □□□□ □□□□ □□□□□□ □□

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)

[Back](#)

[Copy](#)

[Export](#)

[Discontinue](#)

