

兒童皮膚相關生活品質指數

醫院編號

姓名：

年齡：

地址：


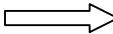
診斷：

日期：

CDLQI

分數：

本問卷的目的是測量過去一星期內您的皮膚問題對您有多大影響。
每一題請勾選 ✓ 一個方格。

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|
| 1. | 過去一星期內，您皮膚有多癢、「想抓癢」、酸痛或疼痛？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 2. | 過去一星期內，您因為您的皮膚而感到多尷尬或不自在、沮喪或難過？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 過去一星期內，您的皮膚對您的友誼有多大影響？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 過去一星期內，您因為您的皮膚問題而改變穿著或穿上不同或特殊衣服/鞋子的狀況有多少？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 5. | 過去一星期內，您的皮膚問題對您外出、玩耍或從事興趣嗜好有多大影響？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 6. | 過去一星期內，您因為您的皮膚問題而避免多少游泳或其他運動？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 7. | 過去一星期，
是上學的日子嗎？  | 如果是上學的日子：
過去一星期內，您的皮膚問題
對您的學校功課有多大影響？ | <input type="checkbox"/> |
| | 或者 | | <input type="checkbox"/> |
| | 是放假的日子嗎？  | 如果是放假的日子：
過去一星期內，您的皮膚問題
對您享受假日有多大干擾？ | <input type="checkbox"/> |
| | | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 8. | 過去一星期內，您因為您的皮膚問題遭其他人辱罵、嘲笑、霸凌、問東問西或躲開您的麻煩程度有多少？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 9. | 過去一星期內，您的皮膚問題對您的睡眠有多大影響？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 10. | 過去一星期內，您的皮膚治療造成多少問題？ | 非常多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當多 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |

請確認您已經回答了每一題題目。謝謝您。