

皮膚病兒童生活品質指標

醫院編號：

姓名：

地址：

診斷：

年齡：

日期：

CDLQI 的得分：

本問卷的目的是想測量在過去一星期中，皮膚問題影響你的程度。請在每題中勾選一個 ☐

- | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. | 過去一星期中，你皮膚發癢、“搔抓”、破皮或疼痛的程度是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 2. | 過去一星期中，你因為自己皮膚問題而感到難為情或害羞、苦惱或難過的程度是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 過去一星期中，皮膚問題對你和朋友交往的影響是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 過去一星期中，你因為皮膚問題而改變穿不同或特定衣鞋的影響是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 5. | 過去一星期中，皮膚的問題對你外出、玩耍或從事休閒嗜好的影響是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 6. | 過去一星期中，你因為皮膚的問題而避免游泳或其他運動的影響程度是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 7. | 過去一星期，它是上課期間？ | 如果是上課期間：在過去一星期中，皮膚問題影響你學校功課的程度是如何？ | <input type="checkbox"/> |
| | 或 | | <input type="checkbox"/> |
| | 它是放假期間？ | 如果是放假期間：在過去一星期中，皮膚問題干擾到你享受假期的興致是如何？ | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | 過去一星期中，因為皮膚的問題使得別人罵你、嘲笑你、欺負你、問你問題或躲避你，這種困擾程度是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 9. | 過去一星期中，你因皮膚的問題而影響到睡眠的程度是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |
| 10. | 過去一星期中，針對皮膚所進行的治療對你產生的困擾程度是如何？ | 非常嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 相當嚴重 | <input type="checkbox"/> |
| | | 只有一點 | <input type="checkbox"/> |
| | | 完全沒有 | <input type="checkbox"/> |

請確認你已經回答完每一題問題，謝謝你。