

儿童皮肤病学生活质量指数

医院编号：

姓名：

年龄：

住址：


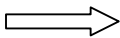
诊断：

日期：

CDLQI

得分：

此问卷调查的目的是度量在过去一个星期里面，你的皮肤问题对你的生活影响有多大。请在每一条问题的其中一个空格画✓。

- | | | | | | |
|-----|--|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | 在过去一星期中，你的皮肤 瘙痒、灼热或疼痛 的程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | 在过去一星期中，你因为自己的皮肤问题而感到 难为情或不自在、苦恼或忧伤 的程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | 在过去一星期中，皮肤问题对你 和朋友交往 的影响程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. | 在过去一星期中，你因为皮肤问题而 改穿不同或特殊衣/鞋 的影响如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. | 在过去一星期中，皮肤问题对你 外出、玩耍、或享受兴趣爱好 的影响如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 6. | 在过去一星期中，你因为皮肤的问题而 避免游泳或其他运动 的影响程度是如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. | <div>在<u>过去一星期中</u>
<u>上课期间</u>?</div>  | 在过去一星期中 上课期间 ：
皮肤问题影响你 学校功课 的程度是如何？ | 不准上学 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 严重 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 少许 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 无 | <input type="checkbox"/> | |
| | 或 | | | | |
| | 是否是 放假期间 ？ |  | 在过去一星期中的 放假期间 ：
皮肤问题干扰你 享受假期 的程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 严重 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 少许 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 无 | <input type="checkbox"/> |
| 8. | 在过去一星期中，因为皮肤的问题，他人 骂你、嘲笑你、欺负你、问你问题或躲避你 ，这种困扰的程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. | 在过去一星期中，皮肤问题对你 睡眠 的影响程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |
| 10. | 在过去一星期中，皮肤 治疗 对你产生的困扰程度如何？ | 非常严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 严重 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 少许 | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 无 | <input type="checkbox"/> | | |

请检查你是否已经回答了所有问题。谢谢你的合作！