

健康生活质量量表(QWB-SA),V1.04 Chinese Version

1. 请您指出您是否目前正在经历以下的症状或健康问题：

您是否有：	是	否
a. 失明或者双眼严重的视力问题？		
失明或者单眼严重的视力问题？		
b. 构音障碍如：结巴，或者吐词不清？		
c. 是否四肢健全，有无肢体瘫痪？		
是否有缺失或瘫痪的手指或脚趾？		
d. 有无面部、手、脚、腿或背部的畸形？（如脊柱侧突）		
e. 有无疲劳、疲倦或虚弱无力？		
f. 是否存在无明显诱因的体重增加或减轻？		
g. 是否存在消瘦或偏胖的问题？		
h. 咀嚼食物是否困难？		
i. 是否有听力下降或耳聋？		
j. 有无任何明显的皮肤问题，如严重痤疮，大面积烧伤疤痕，或者脸部，四肢的其他明显疤痕？		
k. 有无湿疹或皮肤烧灼/瘙痒？		

您是否拥有、或者正在使用如下哪些医疗辅助器械？	有	无
a. 假牙		
b. 氧气瓶		
c. 义肢		
d. 眼镜或者隐形眼镜		
e. 助听器		
f. 老花镜		
g. 颈部，背部或者腿部矫正器		

2. 对于如下的问题，请您指出过去三天之中（不包括今天）您所经历的问题。如果您过去三天之中没有如下的问题，请不要不作回答，请您选择“无”。如果在过去的三天中的某一天，您经历了其中的某个症状，请您指出具体某天；如果您有两天或者三天都有症状，请您指出具体发生的时间。

	无	昨天	前天	三天前
比如：如果昨天和前天您有头疼，您应该选择：		✓	✓	
您是否有如下不适？				
a. 近三天是否出现任何与视力有关的问题（与眼镜或隐形眼镜无关），如复视、斜视、闪光感、飞蚊症？				
b. 近三天是否出现任何眼睛疼痛、刺激，流泪，畏光感？				
c. 近三天是否出现头痛？				
d. 近三天是否出现头昏，耳痛，或耳鸣？				
e. 近三天是否出现听力障碍，耳部异常分泌物，耳朵出血？				
f. 近三天是否出现鼻塞或流涕，或鼻出血？				
g. 近三天是否出现咽痛，吞咽困难或声音嘶哑？				
h. 近三天是否出现牙痛或下颌疼痛？				
i. 近三天是否出现嘴唇，舌头或牙龈溃疡或出血？				
j. 近三天是否出现咳嗽或喘气？				
k. 近三天是否出现气短或呼吸困难？				
l. 近三天是否出现胸痛，胸闷，心悸，心慌或心律不齐（心跳漏搏），或其他胸部不适？				
m. 近三天是否出现胃部不适，腹痛，恶心，反酸，或呕吐？				
n. 近三天是否出现肠胀气，腹泻，便秘，便血，柏油样黑便，或其他任何下腹部的不适？				
o. 近三天是否出现尿痛，排尿烧灼感或者血尿？				
p. 近三天是否出现尿失禁，夜尿多，或者排尿困难？				
q. 近三天是否出现生殖器疼痛，瘙痒，烧灼感或异常分泌物或盆腔绞痛或者异常出血（不包括女性的正常月经）？				
r. 近三天是否出现四肢或其他部位骨折？（除了背部）				
s. 近三天是否出现颈部或背部疼痛，僵硬，痉挛，无力，或者麻木？				
t. 近三天是否出现臀部或臀部周围疼痛，僵硬，痉挛，无力，或者麻木？				
u. 近三天是否出现四肢及关节或肌肉疼痛，僵硬，痉挛，无力，或者麻木？				
v. 近三天是否出现关节，手，脚或腹部水肿？				
w. 近三天是否出现发热，寒战或多汗？				
x. 近三天是否出现失去意识，晕厥或者癫痫抽搐？				
y. 近三天是否出现平衡，站立或行走困难？				

3. 如下是与感觉、思维和行为有关的症状。请选择出过去三天里您所经历的症状。不包括今天。

	无	昨天	前天	三天前
a. 近三天是否难以入睡或嗜睡？				
b. 近三天是否感觉精神紧张或颤抖（畏惧）？				
c. 近三天是否感觉烦躁，失落或者忧郁？				
d. 近三天是否出现过度的担心或焦虑？				
e. 近三天是否对生活中的事情感觉力不从心或无能为力？				
f. 近三天是否感觉孤单或被孤立？				
g. 近三天是否感觉受挫，愤怒或者几乎无法控制脾气？				
h. 近三天是否有宿醉？				
i. 近三天是否有任何性欲或性功能减低？				
j. 近三天是否有意识模糊，对文字或言语难以理解，或者有明显的遗忘？				
k. 近三天是否有无法表达脑海中的想法和图像？				
l. 近三天是否需要服用包括非处方药在内的任何药物，如阿司匹林/泰诺，抗过敏药物（扑尔敏，息斯敏，开瑞坦等），胰岛素，激素：雌激素，甲状腺素，强的松，泼尼松，地塞米松，氢化可的松）？				
m. 因为健康原因，近三天是否需要遵循医生规定的膳食？				
n. 食欲不佳或者多食？				

4. 在过去的三天里，是否有以上未提及的症状，健康问题或疼痛？	有		无	
如果有，请您写出具体的症状，身体不适或疼痛以及在哪天发生的				
	无	昨天	前天	三天前
症状 A：				
症状 B：				

过去的三天里：	无	昨天	前天	三天前
5a. 你是否去过医院，社区卫生中心或康复中心？				
5b. 由于任何损伤或健康问题，您是否需要别人照顾你的生活起居，如吃饭，穿衣，洗澡，在家走动？				
6a. 您哪天开过车？（出于国情的考虑，建议改为你哪天骑过自行车或电动自行车或做家务？）				
6b. 您哪天使用过公共交通工具，如公交车，地铁或轻轨，长途汽车，火车或飞机？				
6c. 您是否因为健康原因不能骑车或者乘坐公共交通工具？或者需要别人的帮助来完成？				

在过去的三天里，您是否：	无	昨天	前天	三天前
7a. 上下楼梯或下台阶很费力？				
7b. 不愿意步行，或者步行有困难，或者步行速度比同龄人慢？				
7c. 跛行或者使用拐杖等行走？				
7d. 是否不能俯身，弯腰，下蹲或者感觉很费力？				
7e. 对于搬运或拿起日常的物品是否感觉吃力，如书本，手提包，杂物？				
7f. 身体活动是否有其他限制？				
7g. 因为健康的原因，几乎所有的时间都待在床上，椅子或沙发上？				
7h. 几乎全部的时间都待在轮椅上？				
如果在轮椅上，需要别人帮助你移动轮椅吗？				
8a. 因为任何身体或情绪的原因，您是否避免日常的活动（如走路，上学，做家务），或者需要别人帮忙，又或者不能自如完成？				
8b. 因为任何身体或情绪的原因，您是否避免或无法进行日常的活动（如走亲访友，从事业余爱好，购物，休闲，放松）？				
8c. 过去的三天里，您曾因为健康原因改变原定的计划或活动吗？（除外以上两个问题 8a、8b 中提到的内容）				

9a. 您认为你的健康状况是：		9b. 和一年前相比，就您健康的总体情况如何评价？	
<input type="radio"/> 非常好 <input type="radio"/> 很好 <input type="radio"/> 好 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 很差		<input type="radio"/> 比一年前比改善非常多 <input type="radio"/> 比一年前好了一点 <input type="radio"/> 和一年前比没差别 <input type="radio"/> 比一年前变差了 <input type="radio"/> 比一年前变差了非常多	
9c. 如果用 0-100 来表示，0 代表您能想象的最差的健康状态，100 表示最佳的健康状态，您会用哪个数字来表示您过去三天的健康状态？ 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100			
10a. 性别	10c. 民族	10d. 文化程度	
男 <input type="radio"/>	汉族 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 八年级	
女 <input type="radio"/>	其他：	<input type="radio"/> 高中毕业	
10b. 年龄：		<input type="radio"/> 大专	
		<input type="radio"/> 大学（理科或文科学士学位）	
		<input type="radio"/> 研究生	
		<input type="radio"/> 硕士，博士	