

Please Use ID Label or Block Print

SURNAME			UNIT RECORD NO.		
GIVEN NAME			CHINESE NAME		
SEX	AGE	WARD	ADMITTED DATE & TIME		
ATTENDING DOCTOR					

I. 為方便閣下應診時更順利，請先行回答下列之簡單問卷。如有需要，請向當值員工示意。謝謝。

* 請圈出所選擇之答案

在過去的一箇月中,您是否經常有以下這些症狀.....	無	少於1/5	少於1/2	約 1/2	多於半數	幾乎每一次
1. 未能把尿排清的感覺	0	1	2	3	4	5
2. 當排尿後兩小時內又要小便	0	1	2	3	4	5
3. 排尿時尿流斷斷續續	0	1	2	3	4	5
4. 感到“忍尿”有困難	0	1	2	3	4	5
5. 尿流細弱	0	1	2	3	4	5
6. 需要用力及使勁才能開始排尿	0	1	2	3	4	5
7. 夜間睡覺時起床排尿的次數	無	1次	2次	3次	4次	多於5次

症狀評分的總分:

因泌尿系統疾病的症狀而影響了生活的質素:	非常好	好	多數滿意	滿意/不滿意各半	多數不滿意	不愉快	很痛苦
假如按現在排尿情況,您覺得今後生活質素如何	0	1	2	3	4	5	6

生活質素的評分:

評分標準	輕微	中等	嚴重
	0 - 7	8 - 19	20 - 35

核對員工: _____

日期: _____

全卷完·謝謝