



## EORTC QLQ-C30 (V3)

我们想了解有关您和您的健康的一些情况，请您亲自回答下面所有问题，这里的答案并无“对”与“不对”之分，只要求在最能反映您情况的那个数字上画圈。您所提供的资料我们将会严格保密。

请填上您的姓名首位字母：\_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

今天日期： \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

	没有	有点	相当	非常
1. 您从事一些费力的活动有困难吗， 比如说提很重的购物袋或手提箱？	1	2	3	4
2. <u>长距离</u> 行走对您来说有困难吗？	1	2	3	4
3. <u>户外短距离</u> 行走对您来说有困难吗？	1	2	3	4
4. 您白天需要呆在床上或椅子上吗？	1	2	3	4
5. 您在吃饭、穿衣、洗澡或上厕所时需要他人帮忙吗？	1	2	3	4
<b>在过去的一星期内：</b>	<b>没有</b>	<b>有点</b>	<b>相当</b>	<b>非常</b>
6. 您在工作和日常活动中是否受到限制？	1	2	3	4
7. 您在从事您的爱好或休闲活动时是否受到限制？	1	2	3	4
8. 您有气短吗？	1	2	3	4
9. 您有疼痛吗？	1	2	3	4
10. 您需要休息吗？	1	2	3	4
11. 您睡眠有困难吗？	1	2	3	4
12. 您觉得虚弱吗？	1	2	3	4
13. 您食欲不振（没有胃口）吗？	1	2	3	4
14. 您觉得恶心吗？	1	2	3	4
15. 您有呕吐吗？	1	2	3	4
16. 您有便秘吗？	1	2	3	4

请接下页

在过去的一星期内：	没有	有点	相当	非常
17. 您有腹泻吗？	1	2	3	4
18. 您觉得累吗？	1	2	3	4
19. 疼痛影响您的日常活动吗？	1	2	3	4
20. 您集中精力做事有困难吗，如读报纸或看电视？	1	2	3	4
21. 您觉得紧张吗？	1	2	3	4
22. 您觉得忧虑吗？	1	2	3	4
23. 您觉得脾气急躁吗？	1	2	3	4
24. 您觉得压抑（情绪低落）吗？	1	2	3	4
25. 您感到记忆困难吗？	1	2	3	4
26. 您的身体状况或治疗影响您的家庭生活吗？	1	2	3	4
27. 您的身体状况或治疗影响您的社交活动吗？	1	2	3	4
28. 您的身体状况或治疗使您陷入经济困难吗？	1	2	3	4

对下列问题，请在 1-7 之间选出一个最适合您的数字并画圈。

29. 您如何评价在过去一星期内您总的健康情况？

1      2      3      4      5      6      7

非常差

非常好

30. 您如何评价在过去一星期内您总的生命质量？

1      2      3      4      5      6      7

非常差

非常好