



EORTC QLQ-CX24

患者有时会诉说他/她们有下列症状或问题。请指出**您所**经历这些问题的烦恼程度。请在最适合您的数字上画圈来回答问题。

在过去的一星期内：	没有	有点	相当	非常
31. 您曾有过肚子绞痛吗？	1	2	3	4
32. 您曾有过难以控制大便的情形吗？	1	2	3	4
33. 您曾有过大便带血吗？	1	2	3	4
34. 您是否有尿频？	1	2	3	4
35. 您排尿时曾有过疼痛或灼热感吗？	1	2	3	4
36. 您曾有过难以控制小便的情形吗？	1	2	3	4
37. 您曾有过排尿不尽吗？	1	2	3	4
38. 您的单侧或双侧腿部曾有过水肿吗？	1	2	3	4
39. 您的后腰曾有过疼痛吗？	1	2	3	4
40. 您的手脚曾有过麻木或针刺感吗？	1	2	3	4
41. 您曾有过阴道或外阴部不舒服或疼痛吗？	1	2	3	4
42. 您的阴道曾有分泌物流出吗？	1	2	3	4
43. 您的阴道曾有过异常出血吗？	1	2	3	4
44. 您曾有过一阵阵皮肤潮红或出汗吗？	1	2	3	4
45. 由于您的疾病或治疗, 您感觉您身体外表的美丽减少了吗？	1	2	3	4
46. 由于疾病或治疗, 您感到女人的魅力减少了吗？	1	2	3	4
47. 您对自己的身体不满意吗？	1	2	3	4

请接下页

在过去的四周内：	没有	有点	相当	非常
48. 您曾担心过性交疼痛吗？	1	2	3	4
49. 您的性生活活跃吗？	1	2	3	4

如果在过去的四周内有过性生活，
请回答下列问题：

	没有	有点	相当	非常
50. 您在同房或性生活时感觉阴道干涩吗？	1	2	3	4
51. 您感觉阴道变短吗？	1	2	3	4
52. 您感觉阴道变窄/紧吗？	1	2	3	4
53. 您在性生活中有感到疼痛吗？	1	2	3	4
54. 性生活使您感觉愉快吗？	1	2	3	4