附件3-欧洲癌症研究治疗组织生命质量量表（EORTC QLQ C30）

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名： | 性别： □男 □女 |
| 出生日期： | 联系电话： |
| 诊疗卡号或住院号： | 就诊日期： |

1.您进行一些费力的活动，如携带重的购物袋或手提箱，是否有困难？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

2.您进行长距离步行，是否有困难？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

3.您在户外进行短距离步行，是否有困难？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

4.您在白天是否需要呆在床上或椅子上？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

5.您饮食、穿衣、洗澡或上厕所需要別人帮助吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

在过去一个星期內（过去七天內）：

6.您在从事工作或日常活动上是否受到限制？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

7.您在从事嗜好或休闲活动上是否受到限制？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

8.您感到呼吸短促吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

9.您曾感到疼痛吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

10.您需要休息吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

11.您睡眠曾有困难吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

12.您曾感到虛弱吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

13.您曾吃不下饭吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

14.您曾感到作呕吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

15.您曾呕吐吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

16.您曾便秘吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

17.您曾腹泻吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

18.您疲倦吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

19.疼痛会干扰您的日常活动吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

20.您是否曾经难以将注意力集中在一些事情上，如看报纸或看电视？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

21.您觉得紧张吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

22.您感到忧虑吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

23.您觉得容易生气吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

24.您觉得情绪低落吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

25.您曾感到记忆困难吗？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

26.您的身体状况或医疗过程是否曾干扰您的家庭生活？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

27.您的身体状况或医疗过程是否曾干扰您的社交活动？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

28.您的身体状况或医疗过程是否曾造成您财务上的困难？

□完全没有 □有一点 □相当多 □非常多

以下问题，请在1到7之间圈选最适合您的答案。

29.您如何评定过去一个星期內（过去七天內）您整体的健康状况？

1 2 3 4 5 6 7

非常差 极好

30.您如何评定过去一个星期內（过去七天內）您整体的生活乐趣？

1 2 3 4 5 6 7

非常差 极好