

Traditional Chinese version of the ACSS questionnaire used by the Mandarin-speaking Taiwanese people

急性膀胱炎症狀分數問卷						
初診問卷 - A 部份						
姓名：		身分證字號：	初診日期： / /			
請指出您在過去24小時有沒有以下症狀, 並評估症狀的嚴重程度 (每一項症狀只選擇一個答案)						
典型症狀			0	1	2	3
			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	1	頻尿且小便量少 (頻繁上廁所)	一天不超過4次	一天5-6次	一天7-8次	一天9-10次或更多
	2	急尿感 (突然且無法控制的尿意)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	3	尿尿時有灼熱感或疼痛感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	4	尿不乾淨的感覺 (尿完以後不久還想再去尿尿)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	5	下腹部 (肚臍下方) 有疼痛或不舒服的感覺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
6	(月經沒有來的狀態下) 看到尿液中有血	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重	
			"典型症狀" 總分 = 分			
鑑別症狀	7	側腰痛 (單邊或兩邊)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	8	陰道分泌物的量、顏色或氣味與平時不同	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	9	尿道口有分泌物 (非透明分泌物)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
	10	體溫升高的感覺或發燒了 有無測量體溫 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (有的話根據體溫選擇嚴重度)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有, 輕微	<input type="checkbox"/> 有, 中度	<input type="checkbox"/> 有, 嚴重
			≤37.5 °C	37.6-37.9 °C	38.0-38.9 °C	≥39.0 °C
			"鑑別症狀" 總分 = 分			
生活品質	請評估以上症狀在過去24小時造成的不舒服程度 (只選擇一個答案)					
	11	<input type="checkbox"/> 0 沒有不舒服 (完全沒有症狀, 感覺跟平常一樣)				
		<input type="checkbox"/> 1 輕微不舒服 (感覺比平常差一些)				
		<input type="checkbox"/> 2 中度不舒服 (感覺比平常差)				
		<input type="checkbox"/> 3 嚴重不舒服 (感覺很糟)				
	請評估以上症狀在過去24小時如何影響你的日常活動/工作? (只選擇一個答案)					
	12	<input type="checkbox"/> 0 完全沒有影響 (照常活動/工作)				
		<input type="checkbox"/> 1 輕微影響 (因為症狀, 我的活動/工作量需要稍微降低)				
		<input type="checkbox"/> 2 中度影響 (日常活動/工作變得比較吃力)				
		<input type="checkbox"/> 3 嚴重影響 (我幾乎不能活動/工作)				
請評估以上症狀在過去24小時如何影響你的社交活動 (拜訪他人, 與朋友聚會等等) (只選擇一個答案)						
13	<input type="checkbox"/> 0 完全沒有影響 (我的社交活動完全沒有改變, 我的生活跟平常一樣)					
	<input type="checkbox"/> 1 輕微影響 (社交活動稍微減少)					
	<input type="checkbox"/> 2 中度影響 (社交活動明顯減少, 我大部分時間只能待在家裡)					
	<input type="checkbox"/> 3 嚴重影響 (很糟, 我幾乎無法出門)					
"生活品質" 總分 = 分						
額外補充	請說明你在填問卷時是否有以下狀況:					
	14	正在月經期間	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
		經前症候群的相關症狀	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
		更年期的症狀 (例如熱潮紅)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
		懷孕	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
	確診有糖尿病 (高血糖)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
複診問卷 - B 部份						
姓名：		身分證字號：	複診日期： / /			
病程變化	請與第一次填寫問卷時比較, 症狀是否有改變:					
		<input type="checkbox"/> 0 有, 我感覺非常好 (所有症狀已經完全消失)				
		<input type="checkbox"/> 1 有, 我感覺比較好了 (大部分症狀都消失了)				
		<input type="checkbox"/> 2 有, 我感覺只變好一些些 (只有部分症狀消失)				
		<input type="checkbox"/> 3 沒有, 幾乎沒有改變 (我的症狀還是差不多)				
	<input type="checkbox"/> 4 有, 我感覺更差了 (我的情況比上次更差)					
請再回答一次A部分的問題1-14						