

日期： _____ （姓名 _____ 病人編號 _____ ）

UDI-6 小便困苦清單

你有沒有經歷過以下的症狀？如果有，這些症狀有多困擾你？

	完全沒有	輕微	中度	嚴重
1. 經常去小便	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. 由急迫感覺引致的失禁	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. 由活動、咳嗽或打噴嚏引致的失禁	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. 小量的小便失禁（例如數滴）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 有困難去排清小便	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. 小腹或生殖器官部位的疼痛或不適	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

IIQ-7 小便失禁影響問卷

你的小便失禁有否影響你的：

	完全沒有	輕微	中度	嚴重
1. 做家務的能力（例如：煮飯、清潔家居或洗衣等）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. 體育康樂（例如：步行、游泳或做運動等）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. 娛樂活動（例如：睇戲、聽演唱會等）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. 搭車或駕駛車輛外出半小時以上的能力	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. 外出參與社交活動	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. 心理健康（如神經緊張、抑鬱或憤怒）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. 沮喪感覺	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3