

您的姓名:

今天的日期:

您的慢性阻塞性肺病(COPD)情况如何?请参加本慢性阻塞性肺病评估测试(COPD Assessment Test™, CAT)

本调查问卷有助于您和您的医疗保健专家评估慢阻肺(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)对您的健康和日常生活的影响。您和您的医疗保健专家可利用您的答案、测试分数来更好地管理您的慢阻肺，并帮助您从治疗中获得最大的益处。

以下每一项，请在能最好地描述您目前状况的方框中打勾(√)。请确保每个问题只选择一个答案。

例如：我极开心 0 1 2 3 4 5 我极不开心

	分数
我从不咳嗽 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我一直在咳嗽	<input type="text"/>
我一点痰也没有 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我有很多很多痰	<input type="text"/>
我一点也没有胸闷的感觉 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我有很重的胸闷的感觉	<input type="text"/>
当我在爬坡或爬一层楼梯时，我并不感觉喘不过气来。 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 当我在爬坡或爬一层楼梯时，我感觉非常喘不过气来。	<input type="text"/>
我在家里的任何活动都不受慢阻肺的影响 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我在家里的任何活动都很受慢阻肺的影响	<input type="text"/>
每当我想外出时，我就能外出 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 因为我有慢阻肺，所以我从来没有外出过	<input type="text"/>
我的睡眠非常好 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 由于我有慢阻肺，我的睡眠非常不好	<input type="text"/>
我精力旺盛 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我一点精力都没有	<input type="text"/>
	总分 <input type="text"/>