

您的姓名:

今天的日期:

您的慢性阻塞性肺病情況怎麼樣?請參加慢性阻塞性肺病評估測試 (CAT)

此問卷將協助您以及您的專業醫療照護人員，評量慢性阻塞性肺病 (COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease) 對於您的健康與日常生活的影響。您的答案與測試評分能夠協助您以及您的專業醫療照護人員處理您的慢性阻塞性肺病，從治療中獲得最大的利益。

對於下面**每個**問題，請在最能表示您現在情況的地方打勾。**每**一個問題只能在一個地方打勾。

就像：我非常開心 0 1 2 3 4 5 我非常不開心

		評分
我從不咳嗽	<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"/>
我胸腔裡一點痰也沒有	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我胸腔裡有很多很多痰	<input type="text"/>
我一點也沒有胸悶的感覺	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我胸悶的感覺很嚴重	<input type="text"/>
當我在爬坡或爬一層樓梯時，我並不感覺喘不過氣來	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 當我在爬坡或爬一層樓梯時，我感覺非常喘不過氣來	<input type="text"/>
我的居家活動不會受到限制	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我的居家活動受到很大的限制	<input type="text"/>
儘管我有肺部疾病，我還是有信心外出	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 因為我的肺部疾病，我完全沒有信心外出	<input type="text"/>
我睡得安穩	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 因為我的肺部疾病，我睡得不安穩	<input type="text"/>
我活力旺盛	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 我一點活力都沒有	<input type="text"/>
		總分 <input type="text"/>