**嬰兒皮膚炎生活品質指標 (IDQOL)**

**姓名: 日期: IDQOL的得分**

**地址:**

**以下表格旨在記錄您的孩子皮膚炎的情況。請以過去一星期中的情況進行作答，並確認您已回答下列每一個問題。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **皮膚炎嚴重程度** |  |  |
|  | 在過去一星期中, 您孩子的皮膚炎有多**嚴重**?例如：紅腫程度、鱗狀程度、發炎或分布狀況? | 非常嚴重  嚴重  普通  還算不錯  無 |  |
|  | **生活品質指標** |  |  |
| **1.** | 在過去一星期中，您孩子**皮膚發癢和搔抓**的程度如何？ | 總是  嚴重  少許  無 |  |
| **2.** | 在過去一星期中，您孩子的**情緒**如何？ | 總是哭， 非常糟糕  非常煩躁  有些煩躁  愉快 |  |
| **3.** | 在過去一星期中，您孩子每晚平均大約**多長時間才能入睡**？ | 2小時以上  1 - 2小時  15分鐘 - 1小時  0-15分鐘 |  |
| **4.** | 在過去一星期中，您孩子每晚**睡眠受到影響的時間總共有多久**？ | 5小時或以上  3 - 4 小時  1 - 2 小時  不到 1 小時 |  |
| **5.** | 在過去一星期中，濕疹是否影響到您孩子的**玩耍或游泳**等活動？ | 非常嚴重  嚴重  少許  無 |  |
| **6.** | 在過去一星期中，濕疹是否影響到您孩子**參與或享受其它家庭活動**？ | 非常嚴重  嚴重  少許  無 |  |
| **7.** | 在過去一星期中，您孩子**用餐**時是否因濕疹遇到問題？ | 非常嚴重  嚴重  少許  無 |  |
| **8.** | 在過去一星期中，您孩子有沒有因進行**治療**而出現過問題？ | 非常嚴重  嚴重  少許  無 |  |
| **9.** | 在過去一星期中，濕疹是否導致您孩子在**穿脫衣物**時感到**不適**？ | 非常嚴重  嚴重  少許  無 |  |
| **10.** | 在過去一星期中，您患有濕疹的孩子在**洗澡**時遇到問題的程度如何？ | 非常嚴重  嚴重  少許  無 |  |

**請您確認您已回答每一題，謝謝!**