

**2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所
基線問卷
POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE**

問卷完成日期：(dd 日/mmm 月/yyyy 年) _____

到診日期：(dd 日/mmm 月/yyyy 年) _____ (如有別於問卷完成日期)

1. 病人的人口統計資料 PATIENT DEMOGRAPHICS

姓名： _____ 姓 _____ 名 _____ 中間名字 _____

出生日期：(dd 日/mmm 月/yyyy 年) _____ / _____ / _____

您是受僱人士嗎？ 是 否

- 工作時間： 全職 (正常工作時數)
 兼職 (多於正常工時的 50%)
 兼職 (少於正常工時的 50%)
 患上 COVID-19 後不能上班

2. COVID-19 病歷 COVID-19 HISTORY

在患上 COVID-19 期間，以下哪些症狀是新出現的或較平時嚴重？

現有的新症狀或惡化了的症狀

氣促	<input type="checkbox"/>
咳嗽	<input type="checkbox"/>
喉嚨痛	<input type="checkbox"/>
胸悶 (有痰)	<input type="checkbox"/>
胸痛	<input type="checkbox"/>
心悸	<input type="checkbox"/>
頭痛	<input type="checkbox"/>
發燒	<input type="checkbox"/>
疲倦	<input type="checkbox"/>
虛弱	<input type="checkbox"/>
失去味覺和嗅覺	<input type="checkbox"/>
聲音沙啞/聲音有變	<input type="checkbox"/>
噁心或嘔吐	<input type="checkbox"/>
肚瀉	<input type="checkbox"/>
肌肉或關節疼痛	<input type="checkbox"/>
出疹	<input type="checkbox"/>
手指或腳趾變色	<input type="checkbox"/>
其他 (說明)：	<input type="checkbox"/>

2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所

基線問卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC

FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

2. COVID-19 病歷 (續) COVID-19 HISTORY (continued)

症狀的嚴重程度有沒有起伏不定？ 有 沒有

觸發症狀的起因： 體力消耗 腦力工作 情緒影響

經休息後症狀有沒有改善？ 有 沒有

3. 醫療狀況 MEDICAL STATUS

請按您目前的狀況，對下列所有項目回答“是”或“否”。

若不肯定，請選您認為最適合的答案。

長期殘疾或傷殘	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
因身體欠佳而限制了活動	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
要人幫忙準備餐食	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
要人幫忙購買必需品	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
要人幫忙處理家務	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
要人幫忙做粗重家務	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
要人幫忙做個人護理	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
在家中走動要人幫忙	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
食物敏感	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
哮喘	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
關節炎或風濕病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
除關節炎外的背部問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
高血壓	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
偏頭痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
慢性支氣管炎或肺氣腫	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
癲癇症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
心臟病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
癌症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
胃或腸道潰瘍	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
中風的影響	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
小便失禁問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
腦退化症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
白內障	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
青光眼	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
其他慢性疾病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
視力問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
聽力問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所

基線問卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE



3. 醫療狀況 (續) MEDICAL STATUS (continued)

請按您目前的狀況，對下列所有項目回答“是”或“否”。
若不肯定，請選您認為最適合的答案。

走路困難	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
雙手靈巧度問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
認知問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
身體痛楚以致不能進行活動	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
說話問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
抑鬱症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
難以攜取輕物	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
不開心	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
少了在家中、工作或上學的活動	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
感到絕望	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
體重下降	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
認為自己身體欠佳	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
難以解決問題	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
經常感到疲倦	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

4. 咳嗽 COUGH

您有沒有咳嗽？

這包括任何慢性咳嗽(即使沒有痰或黏液)，但不包括清喉嚨的情況。

沒有 有 – 如答有，咳嗽在哪一天起開始？(dd 日/mmm 月/yyyy 年) _____/_____/_____

在下方的線上劃一條豎直的線，顯示咳嗽的嚴重程度：

沒有咳嗽 | _____ | 想像中最嚴重的咳嗽

有沒有咳出痰或黏液？ 有 沒有

5. 氣促 SHORTNESS OF BREATH

請就下列每項活動，用 0 至 5 顯示氣促的嚴重程度，0 是指完全沒有氣促，5 是最嚴重的氣促或氣促至無法做事。若沒有進行該項活動，請以最佳的估計作答。您的答案應該是以過去一個星期的一般日常狀況為準。

請回答所有項目。

做以下事情時，您的氣促情況如何：

	完全沒有氣促						最嚴重的氣促 或氣促至無法做事
	0	1	2	3	4	5	
休息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
以自己的步伐在平地步行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
跟其他同齡人士一起在平地步行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
步行上斜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
上樓梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
進食時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
從椅子站起	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
刷牙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
剃鬚及／或梳頭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
淋浴／洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
拾起物件後站直	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗碗碟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掃地／吸塵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
執拾床舖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗車	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
鏟草	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
澆灑草地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
性行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

以下情況對您的日常活動影響有多大？

沒有影響

完全影響

氣促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
怕用力過度令自己受傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
怕會氣促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所

基線問卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

6. 生活質素 QUALITY OF LIFE

在每個標題下，請於最能描述您今天健康狀況的一個空格內打勾。

可想像到的最佳健康情況

行動

- 四圍走動沒有問題
- 四圍走動有少許問題
- 四圍走動有中度問題
- 四圍走動有嚴重問題
- 不能走動

自理

- 自行梳洗或穿衣沒有問題
- 自行梳洗或穿衣有少許問題
- 自行梳洗或穿衣有中度問題
- 自行梳洗或穿衣有嚴重問題
- 不能自行梳洗或穿衣

日常活動 (例如工作、學習、家務、家庭或休閒活動)

- 做日常活動沒有問題
- 做日常活動有少許問題
- 做日常活動有中度問題
- 做日常活動有嚴重問題
- 不能做日常活動

痛楚/不適

- 沒有痛楚或不適
- 有輕微的痛楚或不適
- 有中度的痛楚或不適
- 有嚴重的痛楚或不適
- 有極度的痛楚或不適

焦慮/抑鬱

- 沒有感到焦慮或抑鬱
- 有輕微的焦慮或抑鬱
- 有中度的焦慮或抑鬱
- 有嚴重的焦慮或抑鬱
- 有極度的焦慮或抑鬱

我們想知道您覺得今天自己的健康情況有多好或多壞。

右邊的量度表有 0 至 100 的數字。

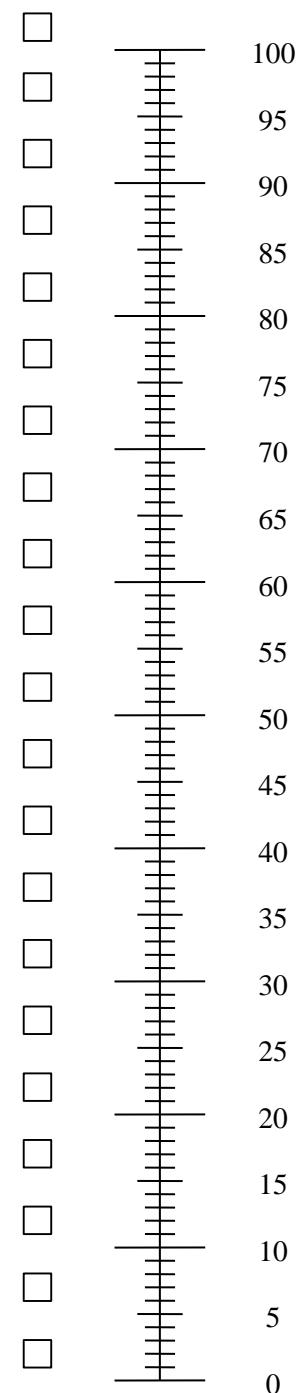
100 是指您可以想像到的最佳健康情況。

0 是指您可以想像到的最差健康情況。

在量度表劃上 X 做標記，以顯示您覺得今天自己是怎樣的身體狀況。

現在請於下列空格內寫上您所標記的數字。

您今天的健康狀況 =



The worst health you can imagine

2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所

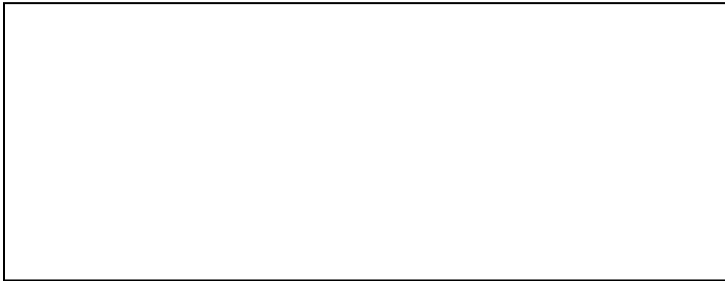
基線問卷

**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE**

7. 神經科的篩選檢查 NEUROLOGY SCREEN	
您出現過以下任何一項症狀嗎？	目前有的症狀
面部、雙臂或雙腿 (或全部)軟弱無力	<input type="checkbox"/>
面部、雙臂或雙腿 (或全部)感到麻木／失去知覺	<input type="checkbox"/>
射痛、刺痛或灼痛，肌肉疼痛	<input type="checkbox"/>
肌肉僵硬或活動緩慢	<input type="checkbox"/>
頭痛、頸部僵硬或眼睛轉動時眼痛	<input type="checkbox"/>
失去說話的能力或明白別人說話的能力，說話模糊不清	<input type="checkbox"/>
記憶力問題，難以找到合適的字，思考變得緩慢	<input type="checkbox"/>
失去知覺，警覺性降低，昏迷	<input type="checkbox"/>
震顫 (抖震)	<input type="checkbox"/>
肌肉抽搐或有非隨意性的動作	
癲癇發作	<input type="checkbox"/>
難以走路或平衡	<input type="checkbox"/>
一隻眼或雙眼失去視力，出現複視，視力模糊，難以聚焦	<input type="checkbox"/>
失去嗅覺或味覺	<input type="checkbox"/>
耳鳴	<input type="checkbox"/>
喪失聽力	<input type="checkbox"/>
大便或小便問題	<input type="checkbox"/>
頭暈，暈眩，不穩	<input type="checkbox"/>
睡眠困難，包括難以入睡／保持睡眠狀態、睡眠質素欠佳、發夢時有行動表現(說話、踢腳等)	<input type="checkbox"/>

2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所
基線問卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE



8. 精神科的篩選檢查 PSYCHIATRY SCREEN			醫生人員專用	
請根據您在過去兩星期內的感覺和經歷，就下列每條問題選出答案。			個別得分	個別得分
	有多少次您感到心情緊張、焦慮或煩躁不安？	<input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有數天 <input type="checkbox"/> 有超過一半的日子 <input type="checkbox"/> 近乎每一天		
有多少次您不能停止或控制自己的擔憂？	<input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有數天 <input type="checkbox"/> 有超過一半的日子 <input type="checkbox"/> 近乎每一天			<input type="text"/>
有多少次您提不起興趣去做事，或享受不到做事的樂趣？	<input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有數天 <input type="checkbox"/> 有超過一半的日子 <input type="checkbox"/> 近乎每一天			<input type="text"/>
有多少次您曾感到心情低落、抑鬱或絕望？	<input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有數天 <input type="checkbox"/> 有超過一半的日子 <input type="checkbox"/> 近乎每一天			<input type="text"/>
是否曾覺得自己必須減少喝酒或濫藥？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
是否因有人批評您喝酒或濫藥而令您感到煩厭？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否有因為喝酒或濫藥問題而感到不开心或內疚？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否試過早上起來第一件事就要去喝酒或濫藥，藉以穩定情緒或消解宿醉？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
腦海是否經常出現不想要的想法，但又似乎難以控制？ that seem difficult to control?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能／不確定 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否曾覺得有一股難以控制的衝動，令您重複做某項事情？ (例如重複地清洗或檢查)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能／不確定 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否曾在某些時段感到非常開心或煩躁，歷時最少兩天？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能／不確定 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否曾在某些時段感到活力充沛，歷時最少兩天？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能／不確定 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否有認為其他人正在設計陷害您或嘗試傷害您的想法？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能／不確定 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>
是否察覺到有任何不尋常的經驗，例如聽到或看到別人聽不到或看不到的東西，或當時並無其他人在場？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能／不確定 <input type="checkbox"/> 否			<input type="text"/>

基線問卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

9. 創傷性事件 TRAUMATIC EVENTS		醫生人員專用	
以下問題是特指您曾有過的任何創傷性經歷，包括因患上 COVID-19 的留院經驗或任何其他創傷性事件。		個別分數	個別分數
在過去兩星期內，您有沒有：			
發過有關這些事件的噩夢，或在不願意的情況下想起這些事情？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		<input type="text"/>
努力嘗試不去想這些事件，或避開某些情況以免令自己想起這些事件？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
經常處於防備或警覺狀態，或很容易受到驚嚇？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
對其他的人、活動或周圍事物都感到麻木或抽離？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		
有內疚感，或不能停止怪責自己或他人導致這些事件發生或因此所產生的任何問題？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有		

10. 疲倦嚴重程度表 FATIGUE SEVERITY SCALE							
在 1 至 7 之間選一數字，顯示對下列各項的同意程度。請根據您在過去一星期內所感覺的平均狀況作答。							
1 = 極度不同意 4 = 非同意也非不同意 7 = 極度同意							
在過去一星期內，我發覺：	1	2	3	4	5	6	7
當我疲倦時，做事沒那麼有動力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
做運動令我疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我很容易感到疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦影響到我需用體力的活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦經常對我造成問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦令我不能持續進行體力活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦影響我執行某些職責和責任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦是最影響我日常能力的頭三大症狀之一	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦影響我的工作、家庭或社交生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

謝謝您完成這份問卷！

請您下次到 2019 冠狀病毒病(COVID-19)病後康復診所就診時攜同此問卷。

問卷審閱人：

簽署

姓名（正楷書寫）

日期