Name： Gender：

\*\*晕血症状调查问卷\*\*

\*问题一 您是否有过晕血的症状？

- [ ] 是

- [ ] 否

\*问题二 您首次出现晕血症状是在什么年龄？

- [ ] 5岁及以下

- [ ] 6-10岁

- [ ] 11-15岁

- [ ] 16-20岁

- [ ] 21岁及以上

\*问题三 您通常在什么情况下容易出现晕血症状？（多选）

- [ ] 看到血液

- [ ] 闻到血腥味

- [ ] 听到关于血的描述或故事

- [ ] 想到与血相关的场景或经历

- [ ] 其他，请描述：[请在此区域内作答]

\*问题四 晕血时，您的主要症状是什么？（多选）

- [ ] 头晕

- [ ] 恶心

- [ ] 出冷汗

- [ ] 心慌

- [ ] 无力或虚弱

- [ ] 其他，请描述：[请在此区域内作答]

\*问题五 晕血症状对您的日常生活有哪些影响？

- [ ] 害怕看到血液或相关场景

- [ ] 避免从事与血液接触的工作或活动

- [ ] 社交或工作场合感到困扰

- [ ] 影响学业或职业发展

- [ ] 其他，请描述：[请在此区域内作答]

\*问题六 您是否寻求过医疗帮助或咨询？

- [ ] 是

- [ ] 否

\*问题七 您通常如何应对晕血症状？（多选）

- [ ] 避免看到血液或相关场景

- [ ] 深呼吸或放松技巧

- [ ] 立即坐下或躺下休息

- [ ] 告知他人帮助我

- [ ] 其他，请描述：[请在此区域内作答]

\*问题八 您是否认为晕血症状可以得到有效治疗或缓解？

- [ ] 是

- [ ] 否

\*问题九 您是否愿意分享您的晕血经历或治疗方法以帮助他人？

- [ ] 是

- [ ] 否

\*问题十 如果您愿意分享，请留下您的联系方式（不强制填写）：[请在此区域内作答]

问题十一：您有哪些建议或意见，希望我们了解或改进关于晕血症状的信息或支持？

[请在此区域内作答]