



In collaboration with



National Cancer Centre Singapore
Division of Supportive and Palliative Care
新加坡癌症中心，支援及慈怀护理部门

综合慈怀护理结果量表 (IPOS)

请清楚地填写并打勾适合您的答案。您的答案将能帮助我们不断地改善您与他人的医疗护理。谢谢。

Q1. 在过去的三天内，您主要面对的问题或担忧是什么（健康、财务、幸福感等）？

1. _____
2. _____
3. _____

Q2. 以下是您已经经历或未经经历的症状列表。对于每一个症状，请勾选一个最能描述过去3天它对您影响的方格。

	一点也不	有一点	有些	相当	非常
疼痛	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
呼吸短促	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
虚弱或缺乏体力	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
反胃	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
呕吐	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
食欲不佳	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
便秘	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
口疮或口干	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
昏昏欲睡	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
行动不便	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

请列出以上没有提到的其他症状，并勾选一个最能描述过去3天它对您影响的方格。

1. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. _____	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

在过去三天:

	一点也不	偶尔	有时	经常	总是
Q3. 您是否因为您的病情或治疗而感到焦虑或担忧?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q4. 您的家人或朋友是否有为您感到焦虑或担忧?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q5. 您是否感到忧郁?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	总是	经常	有时	偶尔	一点也不
Q6. 您感到心情平静吗?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q7. 您是否能如您所愿的与家人或朋友分享您的感受?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Q8. 您是否拥有您想要得到的信息?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	问题已解决/没有问题	大部分的问题已解决	有些问题已解决	问题几乎没解决	问题完全没解决
Q9. 您是否已经解决任何因您的病情所导致的实际问题? (如财务或私人方面)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	自己作答	在朋友或亲戚的帮助下	在工作人员的帮助下
Q10. 您是如何完成这份问卷?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

谢谢您的参与!