

(请在此填写或粘贴标签)



UPI:

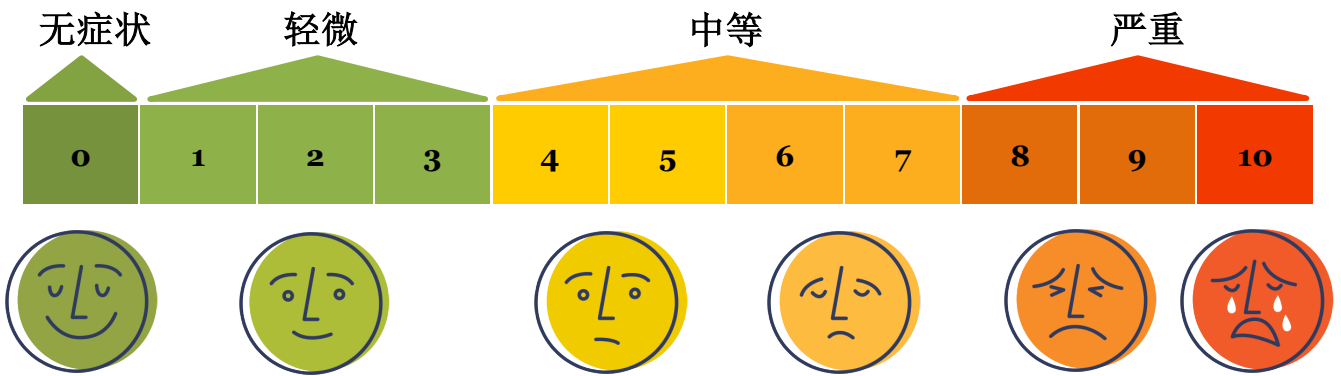
姓氏:

名字:

出生日期:

症状评估量尺

请使用本表格说明让您苦痛困扰的症状。这些信息将帮助我们满足您的需求。



1. 请在第一行写下年历日期或星期日期。
2. 请使用上面的量尺选择一个介于 0 和 10 之间的数字来代表您愁苦烦乱的程度。
3. 您可以在表格底部的空白处添加其他症状。

年历日期或星期日期									
入睡困难									
食欲不振									
恶心反胃									
胃肠问题									
呼吸问题									
疲乏倦怠									
疼痛程度									
其他症状									