



## 过敏性鼻炎和哮喘控制测试

请在符合的选项上标记 (X)。

由于过敏性呼吸系统疾病 (哮喘、鼻炎、过敏)，平均在过去 4 周内，您出现了多少次以下情况：

	从不	每周最多 2 天	每周超过 2 天	几乎每天 都有
1. 鼻塞?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. 打喷嚏?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. 鼻子发痒?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. 流鼻涕?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. 呼吸急促 或 呼吸困难?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. 胸部高音调 或 喘息?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. 运动时胸闷?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. 疲倦 或 做家务有困难?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. 半夜醒来?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

在过去的 <u>4 周内</u> ，您有多少次：	我没有使用 任何药物	从不	小于 7 天	7 天或 更多
1. 由于过敏性呼吸道疾病 (哮喘、鼻炎、过敏) 而增加药物的使用?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0

\_\_\_\_\_分

(增加 第 10 个问题后的结果：最差 0 分，最好 30 分)

日期\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_