

BRIVS 视觉健康评估表

A. 个人问卷测评

以下问题涉及您的视力或您对自己视力状况的感觉。在 each 问题之后，都有一组可能的答案，请选择最能描述您状况的那个答案。

如果您有眼镜，请按照您戴镜时的情况来回答。

基本信息

ID: _____

您的姓名: _____

您的性别: _____

您的出生日期: _____

您的家庭住址: _____

请输入您的手机号码: _____

您的工作单位: _____

您目前从事的职业: _____

您的最高学历: _____

请输入您的填表日期: _____

填表人: _____

填表人身份或与患者的关系: _____

第一部分：总体健康状况和视力

1、总体而言，您认为自己的健康状况如何？

- 极好 ----- 1
- 很好 ----- 2
- 好 ----- 3
- 一般 ----- 4
- 差 ----- 5

2、您感觉现在的双眼视力情况如何？[如果您戴眼镜，则只说戴镜情况下的感受。]

- 极好 ----- 1
- 好 ----- 2
- 一般 ----- 3
- 差 ----- 4
- 很差 ----- 5
- 完全失明 ----- 6

3、您经常担心自己的视力吗？

- 从来没有 ----- 1
- 很少 ----- 2
- 有时 ----- 3
- 经常 ----- 4
- 总是 ----- 5

4、您最近有眼睛或眼周围的疼痛或不适感吗？（例如：烧灼、瘙痒或酸痛）

- 没有 ----- 1
- 轻度 ----- 2
- 中度 ----- 3
- 严重 ----- 4
- 极严重 ----- 5

第二部分：活动困难

[如果您戴眼镜，则只说戴镜情况下的感受。]

5、您阅读普通字体大小的报纸或书籍有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

6、您从事需要近看的工作或爱好有多少困难？

[如烹饪、缝纫、修理家里的东西、使用手工工具工作等]

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

7、因为视力的原因，您在塞满东西的货架上寻找物件是否有困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

8、您阅读街道路牌或商店名称有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

9、因为视力的原因，您在昏暗的灯光下或夜间迈下台阶、楼梯或路沿有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

10、因为视力的原因，您走路时注意身体两侧物体方面有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

11、跟别人对话时，您看对方对您讲话的反应有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

12、因为视力的原因，您在挑选和搭配自己衣服方面有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

13、因为视力的原因，您在别人家里、在聚会时或在餐厅里与别人见面有多少困难？

- 毫无困难 ----- 1
- 有点困难 ----- 2
- 中等困难 ----- 3
- 极其困难 ----- 4
- 因为视力的原因而停止了做此事 ----- 5
- 因为其他一些原因而停止了做此事或对做此事没有兴趣 ----- 6

14、您是否有下列方面的视觉问题？

- 双眼视物不如单眼视物清晰 ----- 1
- 视物重影 ----- 2
- 没有以上情况 ----- 3

第三部分：患病史

15、您是否曾患全身疾病？

- 无 ----- 0
- 糖尿病 ----- 1
- 高血压 ----- 2
- 心脏病 ----- 3
- 脑卒中 ----- 4
- 脑外伤 ----- 5
- 脑肿瘤术后 ----- 6
- 7

16、您是否有已知的眼病？

无 ----- 0
白内障 ----- 1
青光眼 ----- 2
眼底病 ----- 3
----- 4

眼别是：右眼 左眼 双眼

17、您是否接受过眼科手术？

无 ----- 0
白内障手术 ----- 1
抗青光眼手术 ----- 2
视网膜玻璃体手术 ----- 3
----- 4

手术眼别是：右眼 左眼 双眼

18、您的直系亲属中是否有人患有青光眼？

无 ----- 0
父亲 ----- 1
母亲 ----- 2
----- 3

19、其他需要特别说明的情况：

填表人签字：

日期：