

QEESI 問診表中文版©

【說明】

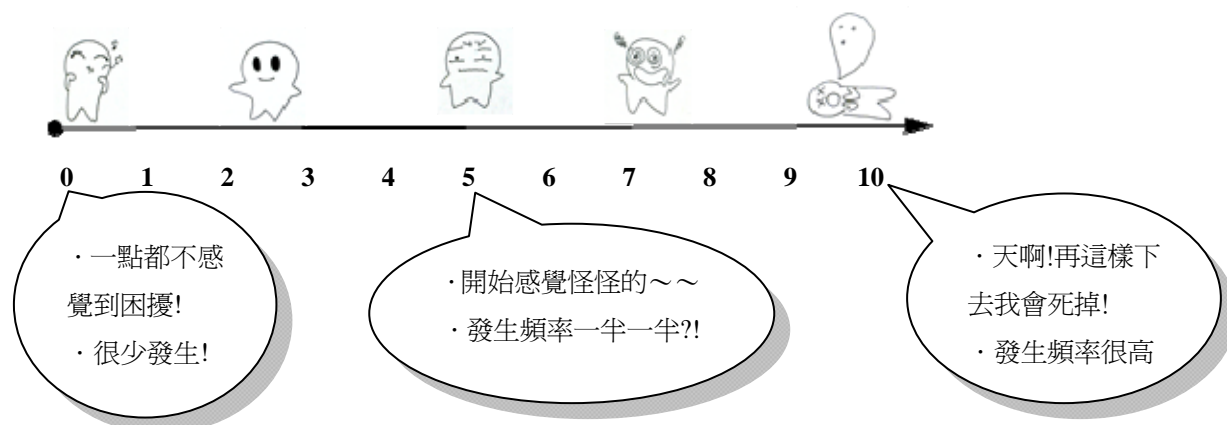
- 一、為能得到正確有效的調查結果，敬請詳實填入基本資料與問卷。未經填答人之允許，所有資料均不會公開。
- 二、根據統計顯示，人們的「性別、年齡、是否了解病態建築證後群發病之機制、是否有過敏症病史、住宅形式、換氣方式、是否使用芳香劑、本人是否抽菸」等因子可顯著預測使用者之「QEESI 中文版」之得分。因此，如您需要進一步諮詢，請詳填第三頁之「基本資料」欄。
- 三、本問卷內容分為五大部分，概述如下：

詢問項目	內容
1. 吸入性化學物質無法忍受尺度 Chemical inhalant intolerance scale	對殺蟲劑、油漆等化學物質之不耐性
2. 其他化學物質無法忍受尺度 Other intolerance scale	對花粉、食物等化學物質以外物質之不耐性
3. 症狀 Symptom severity scale	氣管黏膜、頭部、皮膚等症狀之程度
4. 常時曝露化學物質之影響尺度 Masking Index	偽裝症狀，一種為適應化學物質暴露所發生的情形
5. 日常生活影響尺度 Life impact scale	與日常生活之關連

四、填答時注意事項：

1. 第一、二、三、四大題填答方法如下：

- 每一問題請僅圈選一個數字。
- 請就您所發生的反應或異狀的強弱程度，圈選 0 至 10 的數字
- 並請將發生頻率最高的項目圈選為「反應最為激烈·症狀最為嚴重」的數字



2. 第四大題（常時曝露化學物質之影響尺度 Masking Index）則請填入「是」或「否」即可。填「是」得一分，填「否」不計分。

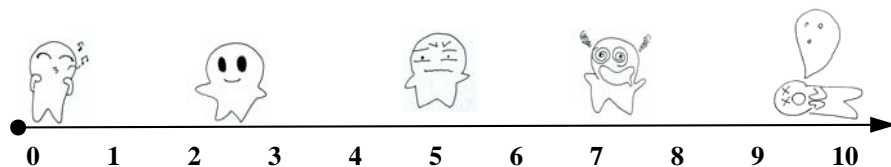
基本資料

個人屬性	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	年齡	<input type="checkbox"/> 20 歲以下， <input type="checkbox"/> 20-29 歲， <input type="checkbox"/> 30-39 歲 <input type="checkbox"/> 40-49 歲， <input type="checkbox"/> 50-59 歲， <input type="checkbox"/> 60 歲以上 (<input type="checkbox"/> 未退休， <input type="checkbox"/> 已退休)
	職業	_____ (如：公教、設計、施工、上班族、主婦、學生等)
		一天當中，您平均有 () 小時在職場？有 () 小時在家中？
	您對於「病態建築症候群」了解多少？ <input type="checkbox"/> 沒聽過 <input type="checkbox"/> 只聽過名字 <input type="checkbox"/> 大約理解 <input type="checkbox"/> 非常清楚	
	您是否持有「台灣 Sick-House 二級診斷士」資格？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	個人病史	是否曾被醫師診斷為過敏症？ <input type="checkbox"/> 是 (病名：_____)， <input type="checkbox"/> 否
		目前仍持續就醫或服藥中嗎？ <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否
家族病史	您是否有家族性遺傳病史？ (如：高血壓、心臟病、腫瘤...等) <input type="checkbox"/> 是 (病名：_____)， <input type="checkbox"/> 否	
	您府上有 0-6 歲幼兒嗎？ <input type="checkbox"/> 是 (該幼兒是否有過敏或氣喘症狀？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 否	
住宅屬性	住宅形式	<input type="checkbox"/> 透天 (層數：__ 層)， <input type="checkbox"/> 集合住宅 (現住__層，共__層)
	竣工年數	建築物竣工年數或最近一次裝修完工年數？ <input type="checkbox"/> 1 年以內 <input type="checkbox"/> 1~3 年 <input type="checkbox"/> 3~5 年 <input type="checkbox"/> 5 年以上
	最近一次裝修目的	<input type="checkbox"/> 為改善 Sick-House 症候群或過敏症狀而重新裝修 <input type="checkbox"/> 僅為一般使用目的而重新裝修
	室內面積	(非權狀面積，即扣除公共設施後之實際室內坪數) <input type="checkbox"/> 10 坪以下， <input type="checkbox"/> 10~30 坪， <input type="checkbox"/> 30~50 坪， <input type="checkbox"/> 50 坪以上
	地板材質	<input type="checkbox"/> 磁磚， <input type="checkbox"/> 石材， <input type="checkbox"/> 木地板， <input type="checkbox"/> 地毯， <input type="checkbox"/> 其他_____
	通風換氣	<input type="checkbox"/> 空調 (8 小時以上)， <input type="checkbox"/> 自然通風， <input type="checkbox"/> 空調+自然通風
室內環境	寵物	是否有飼養寵物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		寵物種類： <input type="checkbox"/> 貓、小鳥、室內犬， <input type="checkbox"/> 室外犬， <input type="checkbox"/> 其他_____
	府上是否使用防蟲劑？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	府上是否使用芳香劑或芳香精油或電蚊香？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	府上是否燃燒拜香或蚊香？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	您本人是否吸煙？ <input type="checkbox"/> 是 (一天約 _____ 支)， <input type="checkbox"/> 否 與您同住的家人是否吸煙？ <input type="checkbox"/> 是 (關係_____)， <input type="checkbox"/> 否	
周邊環境	您目前住在： <input type="checkbox"/> 北台灣， <input type="checkbox"/> 中台灣， <input type="checkbox"/> 南台灣， <input type="checkbox"/> 東台灣， <input type="checkbox"/> 澎湖、金馬	
	您所居住的地區屬於下列哪一種地區？ <input type="checkbox"/> 市中心， <input type="checkbox"/> 市郊， <input type="checkbox"/> 工業地區	
	<input type="checkbox"/> 周圍有農村之市鎮 <input type="checkbox"/> 農村 <input type="checkbox"/> 其他 _____	

Q1 吸入性化學物質無法忍受尺度 Chemical inhalant intolerance scale

您對於下列物質，是否有任何反應或症狀發生？例如，頭痛、頭腦變遲鈍、呼吸變困難、胃部感到不適、感到搖搖欲墜等。請就您所發生的反應或異狀的強弱程度，圈選 0 至 10 的數字，並請將發生頻率最高的項目圈選為「反應最為激烈·症狀最為嚴重」的點數；每一問題請僅圈選一個數字。

例： 0=完全沒有反應 5=中等程度的反應 10=症狀嚴重至幾乎無法動彈



1 聞到汽機車排放的廢氣時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2. 聞到二手菸時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3. 聞到殺蟲劑、除草劑、防蟲劑、防蟻劑等的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4. 聞到汽油味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5. 聞到油漆、稀釋劑等的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6. 聞到消毒劑、漂白劑、浴室清潔劑、地板清潔劑等的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7 聞到特定的香水、芳香劑、清涼劑等的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8. 聞到煤焦油 (coal tar)、柏油 (asphalt) 的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9. 聞到指甲油、去光水、噴霧式髮膠、古龍水等的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

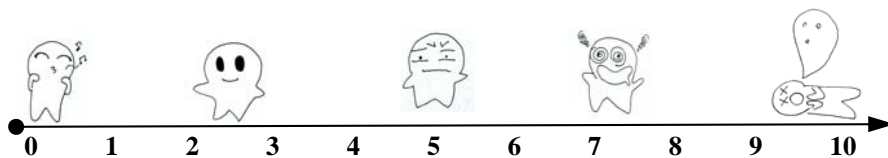
10. 聞到新地毯、窗簾、浴簾、新車的氣味等的氣味時，會覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Q2 其他化學物質無法忍受尺度 Other intolerance scale

您對於自來水中的消毒劑、特定的食品、食品添加物（著色劑、防腐劑、香料等）、咖啡因、酒精、醫療用化學物質、生物性過敏原等，是否有任何反應或症狀發生？

例： 0=完全沒有反應 5=中等程度的反應 10=症狀嚴重至幾乎無法動彈



1. 喝了氯素消毒過的水

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2. 食用了某種特定食物時（糖果、比薩、牛乳、油脂類、油炸品、肉類、烤肉、洋蔥、大蒜、香辛料、調味料、食品添加物、其他）會覺得？（食品名稱 _____）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3. 是否有何種特定食物，如不食用便感到不適？未食用該物品時覺得如何？（食品名稱 _____）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4. 用餐後，總感到有點不舒服？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5. 當食用到含咖啡因的食物時，如咖啡、紅茶、日本茶（綠茶）、可樂、巧克力等，便會感覺？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6. 相反的，不食用咖啡、紅茶、日本茶（綠茶）、可樂、巧克力等時便覺得？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7. 即使喝到少量的啤酒、紅酒等低酒精含量的飲料也會感到不適嗎？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8. 對直接接觸皮膚的物品（纖維、金屬裝飾品、飾品、化妝品類等）有何反應？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9. 使用醫療用品（抗生素、麻醉藥、鎮痛劑、精神安定劑、X光造影劑、疫苗、避孕丸等醫藥品，植入導管手術（Implant）、假牙、避孕藥、避孕器、其他）後的反應？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10. 由於生物性過敏原（樹木、草、花粉、室內塵埃、黴菌、動物的皮垢、蚊蟲叮咬、特定食物等）所引起之氣喘、鼻炎、蕁麻疹、溼疹等的過敏反應

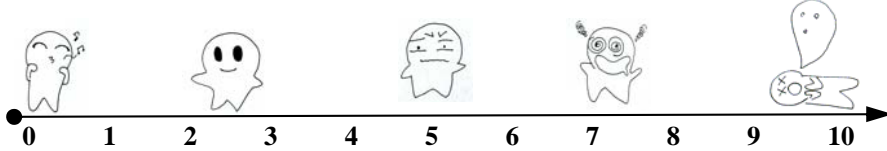
(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Q3 症狀 Symptom severity scale

本項次將請教您關於目前健康狀態（症狀）的問題。請就您所發生的反應或異狀的強弱程度，圈選 0 至 10 的數字，並請將發生頻率最高的項目圈選為「反應最為激烈・症狀最為嚴重」的點數，每一問題請僅圈選一個數字。

例

0=完全沒有反應 5=中等程度的反應 10=症狀嚴重至幾乎無法動彈



1. 肌肉・關節疼痛、痙攣、僵硬、無力感（筋肉症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2. 眼睛刺激感、灼熱感、刺痛感。呼吸困難、咳嗽等呼吸症狀。感覺痰、鼻水等往喉嚨後方逆流。容易感冒。（氣管黏膜症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3. 心悸、心律不整、感到胸口不安等心臟或胸腔症狀（心臟・循環症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4. 腹痛、胃痙攣、腹脹、噁心、下痢、便秘等消化器官症狀（胃腸症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5. 集中力、記憶力、決斷力低下，有氣無力等思考力低下（意識症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6. 過度緊張、容易激動、容易受刺激、憂鬱、忽然間變得想哭的衝動等。對以往有興趣的事物失去興趣等心情的轉變（情緒症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7. 暈眩、站起瞬間感到眼前一片漆黑等平衡感失調，手足不協調，手足痛麻，手足的刺痛感，眼睛無法對焦。（神經、末梢神經症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8. 頭痛、頭部壓迫感、滿脹感等頭部症狀（頭部症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9. 發疹、蕁麻疹、異位性皮膚炎、皮膚乾燥感（皮膚症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10. 外陰部搔癢或疼痛、頻尿、尿失禁、排尿困難等之泌尿、生殖器症狀（如您為女性，則包括生理期的不適感、痛苦等症狀）（泌尿・生殖器症狀）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

Q4 常時曝露化學物質之影響尺度 Masking Index

本項次乃就可能於日常生活中攝取之化學物質進行相關提問。

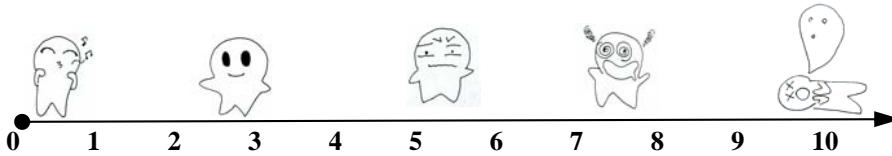
由於 sick-house 症候群或化學物質過敏症的患者如經常曝露於化學物質下，則可能發生一種適應現象，稱為「MASKING」的症狀偽裝。為釐清其相關性，請就下列項目中，圈選與您情形相同者。

1.每週吸煙次數是否超過一次以上？	否 = 0	是 = 1
2.每週飲用含酒精飲料、啤酒、紅酒等，是否超過一次以上？	否 = 0	是 = 1
3.每週飲用咖啡等飲料是否超過一次以上？	否 = 0	是 = 1
4.每週使用香水、噴霧式髮膠、含香料化妝品等，是否超過一次以上？	否 = 0	是 = 1
5.過去數年內在家中或職場，是否使用過殺蟲劑或防霉劑處理？	否 = 0	是 = 1
6 無論是工作或興趣，最近是否因而每週曝露於化學物質或瓦斯、煙霧下超過一次以上？	否 = 0	是 = 1
7.即使您本人未吸煙，是否有家人或室友一直有吸煙的習慣？	否 = 0	是 = 1
8.家中是否使用瓦斯暖爐或石油暖爐等，燃燒後氣體仍滯留於室內之設備？	否 = 0	是 = 1
9.是否經常使用衣物柔軟精？	否 = 0	是 = 1
10.是否經常使用類固醇、鎮痛劑、抗憂鬱藥劑、精神安定藥劑、安眠藥等藥劑？	否 = 0	是 = 1
合計		

Q5 日常生活影響尺度 Life impact scale

本項次乃就造成您困擾或身體不適之日常生活因素進行相關提問。請就您所發生的反應或症狀的強弱程度，圈選 0 至 10 的數字，並請將發生頻率最高的項目圈選為「反應最為激烈·症狀最為嚴重」的點數，每一問題請僅圈選一個數字。

例 0=完全沒有反應 5=中等程度的反應 10=症狀嚴重至幾乎無法動彈



1. 進食是否有困難？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

2. 每天都能毫無困難的來往於職場或學校？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3. 使用新的家具或生活用品（書桌、衣櫃、窗簾等）時，會感到不舒服嗎？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4. 使用衣物時會出現皮膚癢、濕疹等現象嗎？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5. 外出旅行或搭車時會令您感到困擾嗎？（暈車等）

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

6. 聞到化妝品或防臭劑的氣味時，會感到？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7. 參加一般社交活動，如集會、外出前往餐廳等，會感到困擾嗎？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8. 是否能毫無障礙的參加嗜好的活動或運動？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9. 與配偶等家族成員都能毫無障礙地溝通嗎？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10. 日常生活中，從事家中一切雜事家務（整理庭園、洗車、烹調、掃除、燙衣等）時，會感到困擾嗎？

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

- 本問卷至此告一段落，如需專家為您解析結果，請將答案紙傳回診斷協會，本會專家為您免費分析您是否為「病態建築症候群患者」！