骨盆腔器官脫垂-日常生活影響問卷調查表

(POPDI-6)

病患姓名: _____ **年齡:** _____ **日期:** _____	**是/否**	**不怎麼困擾**	**有點困擾**	**中等**	**非常困擾**
你是否常常感到下腹部有壓迫感?		1	2	3	4
你是否常常感到下腹部有沉重感及悶痛感?		1	2	3	4
你是否常常看到或感覺到有東西從會陰部膨出或掉出?		1	2	3	4
你是否曾經需要推動會陰部及肛門周圍才能順利排便?		1	2	3	4
你是否常常有解尿解不乾淨的感覺?		1	2	3	4
你是否需要用手指將會陰部膨出的部分推回才能順利解尿?		1	2	3	4