



段 A:

A1. 在过去的7天内：

	从不	很少	有时	经常	总是
我感到呼吸困难	<input type="checkbox"/>				
我感觉恶心想吐	<input type="checkbox"/>				
我感觉头晕目眩	<input type="checkbox"/>				
我的肌肉颤抖抽搐	<input type="checkbox"/>				
我心跳得很厉害	<input type="checkbox"/>				
我感觉肌肉酸痛	<input type="checkbox"/>				