



## 段 A:

A1. 您的编号 :

## 段 B:

请选择最符合您情况的选项。

B1. 过去的7天内 :

	从不	很少	有时	经常	总是
我觉得自己没有用	<input type="checkbox"/>				
我觉得我没有什么好期待的	<input type="checkbox"/>				
我感到无助	<input type="checkbox"/>				
我感到难过	<input type="checkbox"/>				
我觉得自己很失败	<input type="checkbox"/>				
我感到沮丧	<input type="checkbox"/>				
我感到不快乐	<input type="checkbox"/>				
我感到绝望	<input type="checkbox"/>				