



段 A:

A1. 您的编号 :

段 B:

请选择最符合您情况的选项。

B1. 在过去的7天内 :

	从不	很少	有时	经常	总是
我感到害怕	<input type="checkbox"/>				
我感到焦虑	<input type="checkbox"/>				
我感到担忧	<input type="checkbox"/>				
除了感到焦虑，我很难集中精力在其它事情上	<input type="checkbox"/>				
我感到精神紧张	<input type="checkbox"/>				
我感到不安	<input type="checkbox"/>				
我感到身体紧绷	<input type="checkbox"/>				