



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"/>				