

日期: _____

姓名: _____

請閱讀以下敘述並勾選一個針對您目前的風濕疾病(“風濕疾病”指的是脊椎關節炎，包含僵直性脊椎炎)最符合的選項

1. 疼痛有時候會影響我的日常生活
 - 我同意
 - 我不同意
2. 我覺得久站有困難
 - 我同意
 - 我不同意
3. 我覺得跑步有困難
 - 我同意
 - 我不同意
4. 我覺得使用廁所設施有困難
 - 我同意
 - 我不同意
5. 我時常感到精疲力竭
 - 我同意
 - 我不同意
6. 我覺得缺乏動力去做任何需要耗費體力的活動
 - 我同意
 - 我不同意
7. 我失去對性的興趣
 - 我同意
 - 我不同意
 - 不適用，我不想回答
8. 我在操作汽車踏板有困難(例如踩、放油門)
 - 我同意
 - 我不同意
 - 不適用，我不能/不會開車

9. 我發覺自己對社交有困難
- 我同意
- 我不同意
10. 我無法在室外的平地上行走
- 我同意
- 我不同意
11. 我發覺我很難專心
- 我同意
- 我不同意
12. 我的旅行因為我的活動能力而受限
- 我同意
- 我不同意
13. 我時常感到灰心、挫折
- 我同意
- 我不同意
14. 我發覺自己洗頭有困難
- 我同意
- 我不同意
15. 我曾經因為我的風濕疾病而使得財務狀況改變
- 我同意
- 我不同意
16. 我晚上睡眠品質不佳
- 我同意
- 我不同意
17. 我無法克服我的困境(包含身體及心理)
- 我同意
- 我不同意

感謝您填寫完此份問卷