

วันเดือนปี \_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_

กรุณาเลือกคำตอบโดยการทำเครื่องหมาย ✓ ใน  หน้าข้อความที่ตรงกับท่านในปัจจุบันมากที่สุด โดยพิจารณาจากอาการทางข้อของท่าน

1. อาการปวดรบกวนกิจวัตรประจำวันของฉันทันในบางครั้ง  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย
2. ฉันพบว่าการยืนเป็นเวลานานเป็นเรื่องลำบาก  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย
3. ฉันมีปัญหาในการวิ่ง  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย
4. ฉันมีปัญหาในการใช้ห้องน้ำหรือห้องส้วม  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย
5. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียบ่อยๆ  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย
6. ฉันขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงกาย  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย
7. ฉันสูญเสียความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์  
 เห็นด้วย  
 ไม่เห็นด้วย  
 ไม่เกี่ยวข้อง หรือ ไม่ต้องการตอบ

8. ฉันมีความลำบากในการควบคุมคันเร่งหรือเบรกของรถยนต์ หรือ จักรยานยนต์
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
  - ไม่เกี่ยวข้อง หรือ ไม่ได้ขับรถหรือขี่จักรยานยนต์
9. ฉันรู้สึกว่าการติดต่อกับผู้คนเป็นเรื่องลำบาก
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
10. ฉันไม่สามารถเดินบนพื้นราบนอกบ้านหรือนอกอาคารได้
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
11. ฉันรวบรวมสมาธิได้ยาก
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
12. ฉัน เดินทางลำบากเนื่องจากโรคข้อ
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
13. ฉันรู้สึกท้อแท้บ่อยๆ
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
14. ฉันพบว่าการสระผมเป็นเรื่องลำบาก
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
15. การเป็นโรคข้อทำให้ฉันมีปัญหาทางการเงิน
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
16. ฉันนอนหลับไม่สนิทตอนกลางคืน
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย
17. ฉันไม่สามารถเอาชนะความลำบากต่างๆ
- เห็นด้วย
  - ไม่เห็นด้วย

ขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม