

COVID-19 病后康复诊所

基线问卷

POST COVID-19 RECOVERY CLINIC

BASELINE QUESTIONNAIRE

问卷完成日期: (dd日/mmm月/yyyy年) _____

就诊日期: (dd日/mmm月/yyyy年) _____ (若与问卷完成日期不同)

1.患者个人信息

姓名: _____
姓 名 中间名

出生日期: (dd 日/mmm 月/yyyy 年) ____/____/____

您的生活状况如何? 每个问题请仅选一个选项。

我是:

- 独居
- 和其他人一起生活

我的主要住所(家)是:

- 独立屋、城市屋或移动屋
- 公寓
- 辅助生活机构
- 我没有家

您是否有工作? 是 否

如果是, 请问是什么职业? _____

就业行业: _____

- 工作时间:
- 全职 (正常工作小时数)
 - 兼职 (多于正常工作小时数的 50%)
 - 兼职 (少于正常工作小时数的 50%)
 - 患上 COVID-19 后无法工作

您属于哪个族裔?

- 白人 (高加索人)
- 黑人 (如非洲人、索马里人)
- 亚洲人: (请说明) _____
- 其他: (请说明) _____
- 原住民
- 拉丁美洲人

2.吸烟史

您是否吸过烟? 是 否

如果是: 您现在吸烟吗? (过去一年每天至少吸 1 支烟)? 是 否

您开始吸烟时的年龄是多大? _____

您戒烟时的年龄是多大? (如果您仍在吸烟, 请选“不适用”) 不适用

现在 (或以前) 平均每天吸几根烟? _____

在患上 COVID-19 之前的 3 个月中, 您是否使用过电子烟产品? 是 否

在患上 COVID-19 之前的 3 个月中, 您是否吸过大麻? 是 否



2.COVID-19 病史 COVID-19 HISTORY

患 COVID-19 时，以下哪些症状是新出现的或比平常更严重的？ 入院前或入院期间新出现或加重的症状 仍存在的症状

呼吸急促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
咽喉痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸闷（有痰）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
发热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虚弱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失去味觉和嗅觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
声音嘶哑/声音变化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
恶心或呕吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹泻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肌肉或关节疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出疹子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手指或脚趾变色	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他（请说明）：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

您最初的症状是什么时候开始的？(dd 日/mmm 月/yyyy 年) _____ / _____ / _____

症状的严重程度是否有波动？ 是 否

症状的起因是： 体力消耗 脑力工作 情绪影响

休息后症状是否有好转？ 是 否

3.医学状况 MEDICAL STATUS

请根据您现在的情况，对以下所有项目回答“是”或“否”。
 如果不确定，请选择最适用于您的选项。

长期残疾或残障	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
因身体欠佳而活动受限	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
准备餐食需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
购买必需品需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
做家务需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
做粗重的家务需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
做个人护理需要帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
在家中走动需要人帮助	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
食物过敏	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

哮喘

是 否

COVID-19 病后康复诊所

基线问卷

**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE**

3.医学状况（续）

有关节炎或风湿病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
关节炎以外的背部问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
高血压	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
偏头痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
慢性支气管炎或肺气肿	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
癫痫	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
心脏病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
癌症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
胃或肠道溃疡	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
中风的影响	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
尿失禁的问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
失智症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
白内障	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
青光眼	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
其他慢性病	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
视力问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
听力问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
行走困难	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
灵巧性问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
认知问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
身体疼痛妨碍活动	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
言语问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
抑郁症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
难以携带轻物	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
不开心	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
在家、工作或学校的活动减少	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
感到绝望	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
体重减轻	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
认为自己身体欠佳	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
难以解决问题	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
总是感到疲倦	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

4.咳嗽

您是否咳嗽？

包括任何慢性咳嗽（即使没有痰或粘液），但不包括清喉咙的情况。

否 是 - 如果是，咳嗽是哪天开始的？（dd 日/mmm 月/yyyy 年） _____ / _____ / _____

在下面的线上划一条竖线，以表示咳嗽的严重程度：

不咳嗽 | _____ | 想象中最严重的咳嗽

您是否咳出痰或粘液？ 是 否

5.呼吸急促

请就下列每项活动，用 0 到 5 来表示您呼吸急促的严重程度，其中 0 表示根本就没有呼吸急促，而 5 则表示最严重的呼吸急促或呼吸急促严重到无法从事相关活动。如果列出的是您不从事的活动，请以最佳估计作答。您的回答应该基于过去一周中普通一天的情况。

请回答所有项目。

您在从事下面的活动时，呼吸急促的程度如何：

完全没有呼吸急促

最严重的呼吸急促或急促到无法从事该活动

	0	1	2	3	4	5
休息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以自己的速度在平地步行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
与其他同龄人一起在平地步行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
步行上坡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上楼梯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
进食时	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
从座位上站起来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
刷牙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
剃须和/或梳头	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
淋浴/洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
捡拾物件后站直	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗碗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
扫地/吸尘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整理床铺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
购物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗衣服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗车	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
修剪草坪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
给草坪浇水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性行为	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

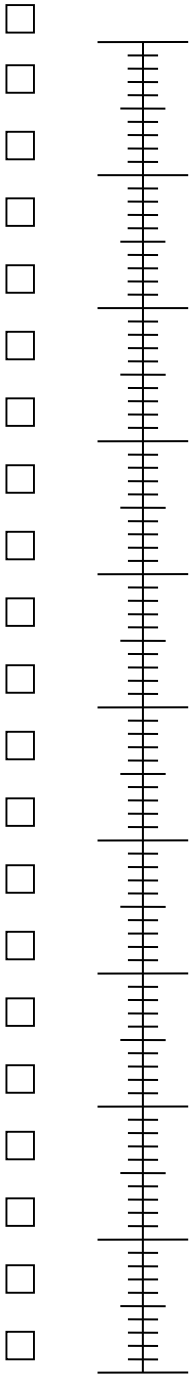
以下情况对您的日常生活有多大的影响？

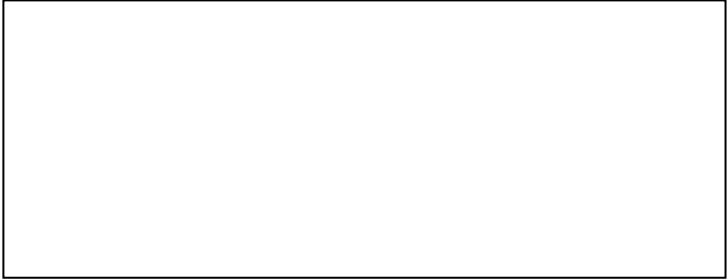
没有影响

完全影响

呼吸急促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
担心用力过度而伤到自己	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
担心呼吸急促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID-19 病后康复诊所
基线问卷
POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE

6. 生活质量 QUALITY OF LIFE	
<p>在每个标题下，请勾选最能描述您今天的健康状况的选项。</p>	
<p>活动能力</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动没有问题</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动有少许问题</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动有中度问题</p> <p><input type="checkbox"/> 四处走动有严重问题</p> <p><input type="checkbox"/> 无法走动</p>	<p style="text-align: right;">可想象的最佳健康状况</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/>  100 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <p style="text-align: right;">可想象的最差健康状况</p> </div>
<p>自理能力</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣没问题</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣有少许问题</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣有中度问题</p> <p><input type="checkbox"/> 自己洗漱或穿衣有严重问题</p> <p><input type="checkbox"/> 无法自己洗漱或穿衣</p>	
<p>日常活动 (例如工作、学习、做家务、家庭或休闲活动)</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动没有问题</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动有少许问题</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动有中度问题</p> <p><input type="checkbox"/> 从事日常活动有严重问题</p> <p><input type="checkbox"/> 无法从事日常活动</p>	
<p>疼痛/不适</p> <p><input type="checkbox"/> 没有疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有少许疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有中度疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有严重疼痛或不适</p> <p><input type="checkbox"/> 有极度疼痛或不适</p>	
<p>焦虑/抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 没有焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有少许焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有中度焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有严重焦虑或抑郁</p> <p><input type="checkbox"/> 有极度焦虑或抑郁</p>	
<p>我们想知道您今天的健康状况有多好或多差。</p> <p>右边的刻度表有 0 到 100 个刻度。</p> <p>100 表示您可想象的最佳健康状况</p> <p>0 表示您可想象的最差健康状况</p> <p>请在刻度表上标记一个 X，来表示您觉得自己今天的健康状况。</p> <p>现在，请在下面的方框中写下您在刻度表上标记的数字。</p> <p style="text-align: center;">您今天的健康状况 = <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/></p>	



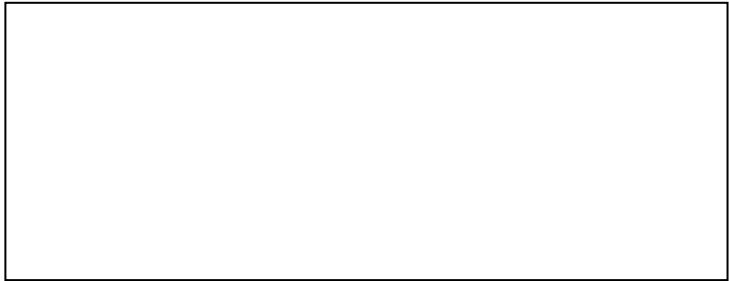
7.神经科筛查			
您是否曾有以下任何症状:	患上 COVID 之前就有的症状	患上急性 COVID 期间新出现的症状或更加恶化的症状	目前有的症状
面部、双臂或双腿（或全身）软弱无力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
面部、双臂或双腿（或全身）麻木/失去知觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
放射性疼痛、刺痛或灼痛，肌肉疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肌肉僵硬或行动缓慢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
头痛、颈部僵硬或眼球转动引起眼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失去说话的能力或听不懂别人说话，口齿不清	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
记忆障碍、难以找到合适的词语、思维缓慢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失去意识、意识降低、昏迷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
震颤（颤抖）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肌肉抽搐或有非自主的动作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
癫痫发作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
难以行走或平衡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
一只或两只眼睛视力丧失、出现复视、视力模糊、难以聚焦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失去嗅觉或味觉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳鸣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
丧失听力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大小便问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
头晕、晕眩、不稳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠问题，包括难以入睡/保持睡眠状态，睡眠质量差，做梦时有行动表现（说话，踢脚等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID-19 病后康复诊所

基线问卷

**POST COVID-19 RECOVERY CLINIC
BASELINE QUESTIONNAIRE**

8.精神科筛查 PSYCHIATRY SCREEN		
请根据您过去 2 周内的感受和经历，回答下面的每个问题（单项选择）。	仅由临床医生填写	
	每项问题 得分	筛查得 分
您有多少天感到心情紧张、焦虑或烦躁不安？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您有多少天无法停止或控制自己忧虑？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您有多少天对做事没有兴趣或感到没有乐趣？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您有多少天感到情绪低落、抑郁或无望？ <input type="checkbox"/> 完全没有 <input type="checkbox"/> 数天 <input type="checkbox"/> 超过一半的天数 <input type="checkbox"/> 几乎每天		<input type="text"/>
您是否曾经想过应该减少酒量或吸毒量？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否因为有人批评您喝酒或吸毒而烦恼？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否曾经因喝酒或吸毒而感到难过或内疚？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
您是否一早起来就要喝杯酒或吸毒以稳定情绪或消解宿醉？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
脑海是否经常出现不好的想法，但似乎又难以控制？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾有难以控制的冲动，令您做某项重复的事情（例如反复清洗，检查）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾感到非常高兴或烦躁，且持续至少 2 天？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾感到精力充沛，且持续至少 2 天？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾觉得其他人正在设计害您或试图伤害您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
您是否曾察觉到任何不寻常的经历：例如听到或看到别人听不到或看不到的东西，或当时无其他人在场？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 可能/不确定 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>



9.创伤性事件 TRAUMATIC EVENTS		
以下问题是针对您曾有过的任何创伤性经历，包括因患上 COVID-19 而住院的经验或任何其他创伤性事件。	仅由临床医生填写	
	每项问题得分	筛查得分
在最近 2 周内，您是否：		
做有关这些事的噩梦或在不情愿的情况下想起这些事情？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="text"/>
努力不去想这些事，或避开一些情况以免令自己想起这些事？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
时刻处于防备和警觉的状态，或很容易受到惊吓？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
对其他人、活动或周围的事物感到麻木或与自己无关？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
有内疚感，或不断怪责自己或他人导致这些事发生或因此所产生的问题？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

10.疲倦严重程度刻度表							
从 1 到 7 之间选择一个数字，表示您对以下问题的同意程度。请根据您过去一周所感觉的平均状态来回答。							
1 = 强烈不同意 4 = 不同意也不反对 7 = 强烈同意							
在过去的一周中，我感到：	1	2	3	4	5	6	7
疲倦时，我不怎么想做事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
运动使我感到疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我很容易疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦会影响我的身体机能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦经常给我带来问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦使我的身体机能无法持续	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦妨碍了我执行某些职责和责任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦是最影响我日常能力的三大症状之一	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲倦影响了我的工作、家庭或社交生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

感谢您填写这份问卷表！

请下次到 COVID-19 病后康复诊所复诊时带上这份问卷。

问卷审阅人：

签名

姓名（工整书写）

日期