

	全く なかった	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	これ以上 考えられない ほど強かった (ひどかった)
11 悲しい気持ちが最も強かった時の程度は？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12 嘔吐が最もひどかった時の程度は？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13 しびれやピリピリ痛む感じが最も強かった時の程度は？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

II. あなたの症状は、どのくらい生活の支障になりましたか？

症状はしばしば私たちの気持ちや活動の妨げになります。この24時間、あなたの症状は以下の項目についてどのくらい支障になりましたか？

	支障 なかった	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	完全に 支障に なった
14 日常生活の全般的活動には？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15 気持ち、情緒には？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16 仕事(家事を含む)には？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17 対人関係には？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18 歩くことには？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19 生活を楽しむことには？		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	