

甲狀腺眼病變生活品質問卷 (GO-QOL)

以下是與您的葛瑞夫茲氏眼病 (Graves' eye disease) 具體相關的問題。

回答這些問題時，請回想過去一週的情況。

過去一週期間，您進行下列活動時，因□葛瑞夫茲氏眼病而受到限制的程度有多大？

請勾選符合您答案的方塊。方塊對應到方塊上方的答案。每一題請勾選一個方塊。

	是， 嚴重受限	是， 有點受限	否， 絲毫未受限
1. 騎□踏車 [不會騎□踏車 □]	☐	☐	☐
2. 開車 [沒有駕照 □]	☐	☐	☐
3. 在家裡四處走動	☐	☐	☐
4. 戶外行走	☐	☐	☐
5. 閱讀	☐	☐	☐
6. 看電視	☐	☐	☐
7. 嗜好或休閒，亦即	☐	☐	☐

8. 在過去一週裡，您是否覺得因□葛瑞夫茲氏眼病，想從事自己想做的事情時，會受到限制？

是， 嚴重受限	是， 有點受限	否， 絲毫未受限
☐	☐	☐

以下是與您的葛瑞夫茲氏眼病一般狀況相關的問題。

	是， 深深覺得	是， 覺得有一點	否， 完全不覺得
9. 您是否覺得因□葛瑞夫茲氏眼病，您的外觀改變了？	☐	☐	☐
10. 您是否覺得因□葛瑞夫茲氏眼病，在路上時有人會□著您看？	☐	☐	☐
11. 您是否覺得因□葛瑞夫茲氏眼病，別人對您□生負面反應？	☐	☐	☐
12. 您是否覺得葛瑞夫茲氏眼病影響您的自信心？	☐	☐	☐
13. 您是否覺得葛瑞夫茲氏眼病影響您交朋友的能力？	☐	☐	☐
14. 您是否覺得因□葛瑞夫茲氏眼病而與社會隔離？	☐	☐	☐
15. 比起發生葛瑞夫茲氏眼病之前，您是否覺得您變得比較少出現在照片中？	☐	☐	☐
16. 您是否會因□葛瑞夫茲氏眼病而試圖掩飾您的外觀變化？	☐	☐	☐