

附录 1

GO-QOL

以下问题是专门针对您的格雷夫斯眼病的。

当回答问题时，请考虑过去一周的情况。

在过去的一周，由于格雷夫斯眼病，您在进行以下活动时受到了多大程度的限制？

请勾选与您的答案匹配的方框。方框与其上面的答案相对应。在每个问题后勾选一个方框。

	是，严重 限制	是，有点限制	不，一点不限制
1. 骑自行车 [从没有学习过骑自行车 <input]<="" td="" type="checkbox"/> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td>	☐	☐	☐
2. 驾驶汽车 [没有驾照 <input]<="" td="" type="checkbox"/> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td>	☐	☐	☐
3. 在房子里和周围活动	☐	☐	☐
4. 在户外行走	☐	☐	☐
5. 阅读	☐	☐	☐
6. 看电视	☐	☐	☐
7. 爱好或消遣，即	☐	☐	☐
	是，严重 限制	是， 有点限制	不， 一点不限制
8. 在过去的一周，您是否因为格雷夫斯眼病而感到做自己想做的事情受到限制？	☐	☐	☐

以下问题是关于您的格雷夫斯眼病的一般问题。

	是，非常	是，有点	不，完全没有
9. 您觉得您的外表因为格雷夫斯眼病而发生了改变？	☐	☐	☐
10. 您觉得您在街上被人盯着看是因为您的格雷夫斯眼病吗？	☐	☐	☐
11. 您觉得人们会因为您的格雷夫斯眼病而产生负面反应吗？	☐	☐	☐
12. 您觉得您的格雷夫斯眼病影响您的自信心吗？	☐	☐	☐
13. 您觉得您的格雷夫斯眼病会影响您交朋友的能力吗？	☐	☐	☐
14. 您觉得您因为患了格雷夫斯眼病而被社会孤立了吗？	☐	☐	☐
15. 您觉得您出现在照片中的次数比患格雷夫斯眼病之前少了吗？	☐	☐	☐
16. 您是否试图掩饰格雷夫斯眼病导致的外表变化？	☐	☐	☐