

สำหรับคำถามแต่ละข้อโปรดทำเครื่องหมายกากบาทในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. คุณพอใจกับสุขภาพร่างกายของคุณมากน้อยเพียงใด

ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	ค่อนข้าง ไม่พอใจ	ค่อนข้าง พอใจ	พอใจ	พอใจมาก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. คุณพอใจกับสุขภาพจิตของคุณมากน้อยเพียงใด

ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	ค่อนข้าง ไม่พอใจ	ค่อนข้าง พอใจ	พอใจ	พอใจมาก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. คุณพอใจกับชีวิตทางเพศของคุณมากน้อยเพียงใด (ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีคู่)

ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	ค่อนข้าง ไม่พอใจ	ค่อนข้าง พอใจ	พอใจ	พอใจมาก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4a. คุณใช้ยาเอชไอวีหรือไม่

ใช้  → ไปที่คำถามข้อ 4b                      ไม่ใช้  → ไปที่คำถามข้อ 5

4b. คุณประสบกับผลข้างเคียงจากยาบ้างหรือไม่

ประสบ  → ไปที่คำถามข้อ 4c                      ไม่  → ไปที่คำถามข้อ 4d

4c. คุณรู้สึกมีปัญหาเกี่ยวกับผลข้างเคียงมากน้อยเพียงใด

มีปัญหา มาก	มีปัญหา	ค่อนข้าง มีปัญหา	ไม่ค่อย มีปัญหา	ไม่มี ปัญหาเลย
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4d. สัปดาห์ที่แล้วคุณดื่มแอลกอฮอล์กี่โดส

0 โดส	1-2 โดส	มากกว่า 3 โดส
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. คุณสูบบุหรี่หรือไม่

ไม่เคย	เลิกแล้ว	สูบ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. คุณรู้สึกมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการดูแล/รักษาเอชไอวีของคุณหรือไม่

ไม่เลย	แทบจะ ไม่	บางครั้ง	ทุกครั้ง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. คุณพอใจกับการบริการรักษาที่คุณเข้ารับที่คลินิกเอชไอวีมากน้อยเพียงใด

ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	ค่อนข้าง ไม่พอใจ	ค่อนข้าง พอใจ	พอใจ	พอใจมาก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือของคุณ