

あなたが受けた（治療（ ））を振り返って、現在どう思われているかを

おうかがいします。1番（非常にそう思う）から5番（まったくそうは思わな

い）のうち、一番あてはまる番号に印をつけてください。

1 それは良い決断だった。

非常に そう思う <input type="checkbox"/> 1	そう思う <input type="checkbox"/> 2	どちらでも ない <input type="checkbox"/> 3	そうは 思わない <input type="checkbox"/> 4	まったくそう は思わない <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	---	---

2 その選択を後悔している。

非常に そう思う <input type="checkbox"/> 1	そう思う <input type="checkbox"/> 2	どちらでも ない <input type="checkbox"/> 3	そうは 思わない <input type="checkbox"/> 4	まったくそう は思わない <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	---	---

3 もしもやり直すとしても、同じ選択をするだろう。

非常に そう思う <input type="checkbox"/> 1	そう思う <input type="checkbox"/> 2	どちらでも ない <input type="checkbox"/> 3	そうは 思わない <input type="checkbox"/> 4	まったくそう は思わない <input type="checkbox"/> 5
---	--	---	---	---

4 その選択によって大きな害を被った。

非常に そう思う <input type="checkbox"/> ₁	そう思う <input type="checkbox"/> ₂	どちらでも ない <input type="checkbox"/> ₃	そうは 思わない <input type="checkbox"/> ₄	まったくそう は思わない <input type="checkbox"/> ₅
--	---	--	--	--

5 その決断は賢明なものだった。

非常に そう思う <input type="checkbox"/> ₁	そう思う <input type="checkbox"/> ₂	どちらでも ない <input type="checkbox"/> ₃	そうは 思わない <input type="checkbox"/> ₄	まったくそう は思わない <input type="checkbox"/> ₅
--	---	--	--	--