

患者健康调查问卷-9 (PHQ-9)

在过去两个星期，您曾多久一次受到以下任何问题的困扰？
(使用“✓”表明您的回答)

	完全不会	几天	一半以上的日子	几乎每天
1. 做事时提不起情趣或很少乐趣	0	1	2	3
2. 感觉心情低落、沮丧或绝望	0	1	2	3
3. 入睡或熟睡困难，或睡得太多	0	1	2	3
4. 感觉疲倦或没有精力	0	1	2	3
5. 胃口不好或吃得过多	0	1	2	3
6. 觉得自己很糟—或觉得自己很失败，或让自己或家人失望	0	1	2	3
7. 做事时注意力难以集中，例如阅读报纸或看电视	0	1	2	3
8. 动作或说话速度缓慢到别人可以察觉到的程度？或正好相反—您感觉烦躁或坐立不安，以至于您走来走去多于平时	0	1	2	3
9. 有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

如果您在本问卷中的任何问题上打勾，这些问题曾给您的工作、照顾家里事务，或与他人相处造成多大困难？

毫无困难

有点困难

非常困难

极度困难