

# 病人健康問卷 (PHQ)

這問卷是我們為你提供優質醫療服務中的一個重要環節。你的答案有助我們了解你可能有的問題。除非有指示你不用回答某些問題，否則請盡量回答每條問題。

姓名 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_ 性別： 女 男 今天日期 \_\_\_\_\_

1. 在過去四星期中，你有多大程度受以下問題困擾？	沒有困擾	少許困擾	十分困擾
a. 胃/肚痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 背痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 手臂、腳、或關節〔膝、大腿關節等〕痛楚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 經痛或其他月經問題〔只供女士作答〕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 性交產生的痛楚或問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 胸口痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 頭暈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 昏倒一段短時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 感覺心臟沉重或急速地跳動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 氣促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 便秘、鬆散大便、或腹瀉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 反胃、氣脹、或消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 在過去兩星期中，你有多經常受以下問題困擾？	完全沒有	幾天	超過一半或以上的天數	幾乎每天
a. 做事缺乏興趣或樂趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 感到低落、沮喪、或絕望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 難以入睡、容易睡醒、或過度睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 感到疲倦或精力不足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 食慾不振或過度飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 覺得自己很差勁 - 覺得自己是個失敗者，使自己或家人失望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 難以集中精神，例如閱報或看電視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 連別人也察覺得到動作或說話緩慢；或更經常徘徊踱步、心緒不寧或坐立不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 有最好死去或以某方法自殘的想法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

**3. 有關焦慮的問題。**

a. 在過去四星期中，你是否曾經有焦慮發作 - 突然感到害怕或驚恐？ 否  是

如在3a題選擇「否」，請跳過以下問題，直接回答第5題。

b. 這是否從前發生過？

c. 其中某些發作是否突然無緣無故出現 - 即在你沒有預期會緊張或不適的情況下出現？

d. 這發作是否對你造成很大的困擾，或使你擔心會有另一次的發作？

**4. 在回答以下問題時，請回想你上一次嚴重焦慮發作的時候。** 否 是

a. 你有沒有氣促？

b. 你的心臟有沒有急速、沉重地跳動、或停頓數秒？

c. 你有沒有胸口痛或受壓？

d. 你有沒有冒汗？

e. 你有沒有好像氣管阻塞、透不過氣的感覺？

f. 你有沒有突然發熱或發冷？

g. 你有沒有反胃、胃部不適、或感到自己將會腹瀉？

h. 你有沒有感到頭暈、不穩或昏倒？

i. 你的身體某處有沒有針刺或麻痺的感覺？ .....

j. 你有沒有顫抖？

k. 你有沒有害怕自己快將死去？

**5. 在過去四星期中，你有多經常受以下問題困擾？**

完全沒有      幾天      一半以上的天數

a. 對不同的事感到煩躁、焦慮、緊張或非常擔心

如在5a題選擇「完全沒有」，請跳過以下問題，直接回答第6題。

b. 感到心緒不寧而難於安坐。

c. 非常容易疲倦。

d. 肌肉緊張、酸痛或痛楚。

e. 難以入睡或容易睡醒。

f. 難以集中精神，例如看書或看電視。

g. 容易生氣或被激怒。

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

<b>6. 有關飲食的問題。</b>			
a.	你是否經常感到控制不到該吃甚麼或吃多少份量？	否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
b.	你是否經常在 <u>任何兩小時內</u> 進食大多數人認為特別大量的食物？		
<b>如在 6a 或 6b 題選擇「否」，請跳過以下問題，直接回答第9題。</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	在過去三個月，平均而言，這情況是否每星期出現兩次？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. 在過去三個月中，你是否經常用以下方法以避免增加體重？</b>		否	是
a.	令自己嘔吐？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	服用比建議劑量多兩倍以上的瀉藥？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	禁食 - 至少24小時不進食？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	在暴食後，做一個小時以上的運動，以確保避免體重增加？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. 如果你有採用上述任何避免增加體重的方法，平均而言，你用這些方法是否多至一星期兩次？</b>		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
<b>9. 你是否曾經飲過酒（包括啤酒或紅酒）？</b>		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
<b>如在第9題選擇「否」，請跳過以下問題，直接回答第11題。</b>			
<b>10. 在過去六個月中，以下事情是否發生多過一次？</b>		否	是
a.	就算醫生以健康理由建議你不要飲酒，但你仍有飲酒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	當你上班、上學、照顧孩子或做其他事時，你會飲酒、飲酒至有醉意或有酒後不適。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	你因飲酒或酒後不適而導致上班、上學、或做其他事情遲到或缺席。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	在你飲酒後與別人相處有問題。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	你飲小量或大量酒之後駕駛汽車。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. 如果出現過此問卷曾提及的任何問題，這些問題對你工作、家務、照顧小孩或與人相處造成了多少困難？</b>			

完全  
沒有困難

有點  
困難

十分  
困難

極度  
困難

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.  
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

本問卷由Robert L. Spitzer博士、Janet B.W. Williams博士、Kurt Kroenke博士和同事用Pfizer Inc.提供的教育基金設計。無需准許即可複製、翻譯、展示或分發。