

病人健康問卷 (PHQ)

這份問卷是提供您最佳健康照護時很重要的一部份，您的回答將有助於瞭解您本身可能的問題。除非您被告知可跳過某個題目外，請盡力回答每一個問題。

姓名 _____ 年齡 _____ 性別: 女 男 今天日期 _____

1. 在過去4星期，您受到以下問題所困擾的程度為何？	沒有困擾	些許困擾	很多困擾
a. 胃痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 背痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 手臂、腿、或關節（膝蓋、腕部等）疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 月經痛或其他與月經有關的問題（僅女性需要作答）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 性交時的疼痛或問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 暈眩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 偶爾會昏倒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 感覺您的心怦怦跳或心跳快速	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 呼吸短促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 便秘、解稀便或腹瀉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 噁心、脹氣或胃部不適	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 在過去2星期，有多少時候您受到以下任何問題所困擾？	完全不會	好幾天	一半以上的天數	幾乎每天
a. 做事時提不起勁或沒有樂趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 感到心情低落、沮喪或絕望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 感覺疲倦或沒有活力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 食慾不振或吃太多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 覺得自己很糟—或覺得自己很失敗，或讓自己或家人失望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 對事物專注有困難，例如閱讀報紙或看電視時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 動作或說話速度緩慢到別人已經察覺？或正好相反—煩躁或坐立不安、動來動去的情況更勝於平常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭	<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. 焦慮的問題。

a. 在過去4星期，您是否出現焦慮發作—突然感到害怕或恐慌？	否	是
如果您勾選「否」，請跳到問題 5。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 過去曾經發生過嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 某些發作的情況是突如其來的嗎？換句話說，這些您沒預料到的情況造成您緊張或不舒服？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 這些情況非常困擾您，或您擔心還會出現另一次發作嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 回想您最近一次出現嚴重的焦慮發作。

	否	是
a. 您是否呼吸短促？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 您是否心跳快速、怦怦跳或偶爾停頓？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 您有胸痛或胸部壓迫感的現象？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 您是否有流汗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 您是否覺得呼吸困難，好像喉嚨被東西哽住了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 您有熱潮紅或冷顫嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 您有噁心或胃痛，或覺得您好像快拉肚子？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 您是否覺得頭暈、身體不穩或快暈倒了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 您身體某處有刺痛或麻木的感覺？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 您是否顫動或發抖？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 您是否害怕自己快死掉了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 在過去4星期，有多少時候您受到以下任何問題所困擾？

	完全不會	好幾天	一半以上的天數
a. 覺得緊張、焦慮、神經緊繃，或非常擔心幾件不同的事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如果您勾選「完全不會」，請跳至問題 6。			
b. 感到坐立不安，以致難以好好安靜坐著	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 非常容易疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 肌肉緊繃、疼痛或酸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 入睡困難或睡不安穩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 對事物專注有困難，例如閱讀書籍或看電視時	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 變得容易惱怒或煩躁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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".

6. 飲食方面的問題。

- a. 您是否經常覺得您無法控制吃了什麼或吃了多少嗎？ 否 是
- b. 在任一段兩小時的時間內，您是否常吃下大部分人會認為是超乎平常的大量食物嗎？

如果在問題 a 或 b 的任一題中您選擇了「否」，請跳到問題 9。

- c. 在過去3個月中，以平均來說，出現該情況的頻率有達到一星期 2 次嗎？

7. 在過去3個月，為了避免體重增加，您是否經常做以下事情？

- a. 讓自己嘔吐？ 否 是
- b. 服用比建議劑量還高2倍以上的瀉藥？
- c. 禁食—至少24小時以上不吃任何東西？
- d. 在暴飲暴食後，為避免體重增加，特別去運動超過一小時以上？

8. 如果在上述避免體重增加的任一方法中您選擇了「是」，以平均來說，出現該情況的頻率有達到一星期 2 次嗎？ 否 是

9. 您曾經喝過酒嗎（包括啤酒及任何用水果或植物發酵而成的酒精）？ 否 是

如果您勾選“否”，請跳至問題 11。

10. 請問在過去6個月中，以下情況在您身上出現超過 1次以上嗎？ 否 是

- a. 即使醫師因為您的健康出了問題而建議您停止喝酒，您還是照喝不誤。
- b. 當您正在工作、上學、照顧小孩或負責其他職務時喝酒，喝到有點飄飄然，或喝到宿醉。
- c. 您因為喝酒或宿醉而導致無法去工作、上學、從事其他活動，或因此而遲到了。
- d. 您在喝酒時，與其他人相處上有困難。
- e. 在喝了幾杯或飲酒過量後，您還是開車。

11. 如果您發現自己有在問卷中所提的任何問題，這些問題在您工作、照顧家庭事務或與他人相處上造成了多大的困難？

毫無困難

有點困難

非常困難

極度困難

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all '是'; 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。