

# 健康问卷 (PHQ)

这份问卷是为您提供尽可能最佳健康护理的一个重要部分。您的答案有助于了解您可能患有的各种病症。除非您被告知跳过某个问题，请尽力回答每一个问题。

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 性别:  女  男 今天日期 \_\_\_\_\_

1. 在过去4个星期，您受到以下任何问题困扰的程度有多大？	没有困扰	少许困扰	很多困扰
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. 双臂、双腿、或双关节（膝盖、髋部等）疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 经痛或其他与月经有关的问题(只限女人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 性交时疼痛或有问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 晕眩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 时而昏晕过去	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 感觉到心跳或加速	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 气短	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 便秘、便稀或腹泻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 噁心、胀气或消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 在过去2个星期，您曾多久一次受到以下任何问题的困扰？	完全不会	几天	一半以上的日子	几乎每天
a. 做事时提不起情趣或很少乐趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 感到心情低落、沮丧或绝望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 入睡或熟睡困难，或睡得太多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 感觉疲倦或没有精力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 胃口不好或吃得过多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 觉得自己很糟—或觉得自己很失败，或让自己或家人失望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 做事时难集中注意力，例如阅读报纸或看电视	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	<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. 关于焦虑。

a. 在过去4个星期，您是否曾出现焦虑—突然感到害怕或惊慌？	否	是
<b>如果您选择“否”，请跳到问题#5。</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 这在以前是否曾发生过？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 这些焦虑中的某一些是突如其来的吗？也就是说，在这些情况中您没料到自已会感到紧张或不适？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 这些突如其来的焦虑是否给您造成很大困扰，或您是否担心出现另一次焦虑？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 回想您上次突如其来的严重焦虑。

	否	是
a. 您是否呼吸短促？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 您是否心跳加快、剧烈或偶尔停顿？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 您是否感觉胸痛或胸闷？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 您是否出汗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 您是否觉得好像呛住了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 您是否有热潮红或打冷颤？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 您是否噁心或胃不适，或感觉您好像快要泻肚子了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 您是否感觉头晕、身体不稳或晕眩？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 您身体的某处是否有刺痛感或麻痹感？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 您是否颤动或发抖？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 您是否害怕自己快要死去了？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 在过去4个星期，您曾多久一次受到以下任何问题的困扰？

	完全不会	几天	一半以上的日子
a. 觉得紧张、焦虑、神经紧绷，或非常担心几件不同的事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>如果您选择“完全不会”，请跳到问题#6。</b>			
b. 感觉焦躁不安，以致于很难坐着不动	<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. 肌肉紧绷、疼痛或酸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 入睡或熟睡困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 做事时注意力难以集中，例如阅读书籍或看电视	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 易于被惹恼或易怒	<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".

<b>6. 关于饮食方面。</b>			
a.	您是否经常觉得您无法控制自己吃什么或吃多少?	否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
b.	在长达两小时的任何一段时间内, 您是否常吃下大部分人会认为是出乎寻常的大量食物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>如果您在问题 a 或 b 任何一题中您选择“否”, 请跳到问题#9。</b>			
c.	在过去3个月中, 平均来说, 出现该情况的次数是否达到一星期两次?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. 在过去3个月当中, 为了避免体重增加, 您曾是否经常做以下任何事情?</b>		否	是
a.	让自己呕吐?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	服用比建议剂量高两倍以上泻药?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	禁食一至少24小时完全不吃任何东西?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	在暴饮暴食后, 为避免体重增加, 专门做一个小时以上的运动?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. 如果您在上述避免体重增加的任何一种方法中选择“是”, 平均来说, 出现该情况的次数是否达到一星期两次?</b>		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
<b>9. 您是否曾喝过酒? (包括啤酒和红酒)?</b>		否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
<b>如果您选择“否”, 请跳到问题#11。</b>			
<b>10. 在过去6个月中, 以下任何情况在您身上出现是否超过一次以上?</b>		否	是
a.	即使您的健康问题让医师建议您停止喝酒, 您还是照喝不误。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	您有喝酒, 酒后亢奋, 或喝到在工作、上学、照顾小孩或负责其他职务时余醉未醒而感觉不适。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	您因喝酒或余醉未醒而导致缺勤、或上班上课迟到或无法从事其他活动。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	您在喝酒时与其他人相处有困难。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	您在喝了几杯或饮酒过量后仍然驾车。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. 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?</b>			
<b>毫无困难</b>		<b>有点困难</b>	
<b>非常困难</b>		<b>极度困难</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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'.

本问卷由Robert L. Spitzer、Janet B.W. Williams及Kurt Kroenke等博士及其同事共同编制, 获得辉瑞公司的教育资助。可自由复制、翻译、陈列或分发, 无需获得许可。