

病人保健問題問卷 (PHQ-9)

中文

這份問卷是盡可能向您提供最好保健服務的一個重要的部分。您的回答將幫助我們了解您可能存在的問題。請盡您所能回答每一個問題，除非您被要求略過某一個問題。

姓名：_____ 年齡：_____

性別： 女性 男性 今天日期：_____

在過去兩週內，以下情況煩擾您有多頻繁？

	完全沒有	好幾天	超過一半以上的時間	幾乎每天
	0	1	2	3
1. 沒有興趣或沒有樂趣做事情	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 感到情緒低落、沮喪，或生活沒有希望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 難入睡、或易醒、或睡得過多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 感到疲倦或沒有精力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 胃口差或吃得過多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 覺得自己很差，或是恆失敗者，或讓自己和家人失望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 很難集中精神做事，如看報紙或看電視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 別人注意到你的動作或說話很緩慢，或相反 - 你變得比平日更心煩燥、坐立不安、過動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 有過活著還不如死了好或以某種方式傷害自己的想法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>