

病人健康問卷

(Mandarin Chinese for Taiwan version of the 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、髖部等）的疼痛..... | <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。 否 是

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？..

如果您勾選“否”，請跳到問題 5。

b. 過去曾經發生過嗎？

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？

d. 這些情況非常困擾您，或您擔心還會出現另一次發作嗎？ ...

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？

b. 您是否心跳快速、怦怦跳或偶爾停頓？

c. 您有胸痛或胸部壓迫感的現象？

d. 您是否有流汗？

e. 您是否覺得呼吸困難，好像喉嚨被東西哽住了？

f. 您有熱潮紅或冷顫嗎？

g. 您有噁心或胃痛，或覺得您好像快拉肚子？

h. 您是否覺得頭暈、身體不穩或快暈倒了？

i. 您身體某處有刺痛或麻木的感覺？

j. 您是否顫動或發抖？

k. 您是否害怕自己快死掉了？

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

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

c. 非常容易疲倦

d. 肌肉緊繃、疼痛或酸痛

e. 入睡困難或睡不安穩

f. 對事物專注有困難，例如閱讀書籍或看電視時

g. 變得容易惱怒或煩躁

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 <u>什麼</u> 或吃了 <u>多少</u> 嗎? | 否 | 是 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 <u>大量</u> 食物嗎? | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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? | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 否 | 是 |
| a. 讓自己嘔吐? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 服用比建議劑量還高2倍以上的瀉藥? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 禁食—至少24小時以上不吃任何東西? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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。 | 否 | 是 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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。 | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 您在喝酒時，與其他人相處上有困難。 | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 在喝了幾杯或飲酒過量後，您還是開車。 | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 |
| <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'.

本問卷由 Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams 及 Kurt Kroenke 等博士與同事由輝瑞公司提供的經費所發展。2005 版權所有 © 輝瑞公司 保留所有權利。翻印必須獲得許可。PRIME-MD® 及 PRIME-MD TODAY® 為輝瑞公司的商標。

F:\INSTITUT\CULTADAP\PROJECT\MK2783\Etude2783\Final-versions\PHQ1-3taiq.doc-19/12/2005