

# 病人健康問卷

## (Cantonese Chinese for Hong Kong version of the 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<br><input type="checkbox"/> | 是<br><input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------|-------------------------------|

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

**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。**

- |                                 |                               |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| a. 你有沒有氣促？ .....                | 否<br><input type="checkbox"/> | 是<br><input type="checkbox"/> |
| b. 你的心臟有沒有急速、沉重地跳動、或停頓數秒？ ..... | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| c. 你有沒有胸口痛或受壓？ .....            | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| d. 你有沒有冒汗？ .....                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| e. 你有沒有好像氣管阻塞、透不過氣的感覺？ .....    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| f. 你有沒有突然發熱或發冷？ .....           | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| g. 你有沒有反胃、胃部不適、或感到自己將會腹瀉？ ..... | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| h. 你有沒有感到頭暈、不穩或昏倒？ .....        | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| i. 你的身體某處有沒有針刺或麻痺的感覺？ .....     | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| j. 你有沒有顫抖？ .....                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |
| k. 你有沒有害怕自己快將死去？ .....          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      |

**5. 在過去四星期中，你有多經常受以下問題困擾？**

- |                              |                                  |                                |  |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|
| a. 對不同的事感到煩躁、焦慮、緊張或非常擔心..... | 完全沒有<br><input type="checkbox"/> | 幾天<br><input type="checkbox"/> | 超過一半或以上的天數<br><input type="checkbox"/> |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|

**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. ....    | <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. 肌肉緊張、酸痛或痛楚.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 難以入睡或容易睡醒.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 難以集中精神，例如看書或看電視..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 容易生氣或被激怒.....        | <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".

6. 有關飲食的問題。 否  是
- a. 你是否經常感到控制不到該吃甚麼或吃多少份量？ .....
- b. 你是否經常在任何兩小時內進食大多數人認為特別大量的食物？ .....

**如在 6a 或 6b 題選擇「否」，請跳過以下問題，直接回答第9題。**

- c. 在過去三個月，平均而言，這情況是否每星期出現兩次？ ....

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？

- |                                     | 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"/> |

8. 如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？ ..... 否  是

9. 你是否曾經飲過酒〔包括啤酒或紅酒〕？ ..... 否  是

**如在第9題選擇「否」，請跳過以下問題，直接回答第11題。**

10. 在過去六個月中，以下事情是否發生多過一次？

- |  | 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"/> |

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？

- | 完全<br>沒有困難               | 有點<br>困難                 | 十分<br>困難                 | 極度<br>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'.

以Pfizer Inc.的教育基金，由Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke及其他同事編寫。  
版權所有 © 2005 Pfizer Inc. 本公司保留一切權利。翻印須先獲許可。  
PRIME-MD®及PRIME-MD TODAY®為Pfizer Inc.的註冊商標。

f:\institut\cultadap\project\mk2783\etude2783\final-versions\pqh1-3hkccq.pdf-06/01/2006