

Cantonese Version PHQ-9

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_____

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"/>