

## Mandarin Version- PHQ-9

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\_\_\_\_\_

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"/>