

病患標籤

姓名：\_\_\_\_\_

醫療記錄號碼：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_



心理健康監測工具

在過去兩週內，您被以下問題困擾的頻率如何？	沒有	幾天	超過一半日子	幾乎每天
1. 做事沒有興趣或沒有樂趣	0	1	2	3
2. 感到沮喪、郁闷或絕望	0	1	2	3
3. 無法入睡或睡不安穩，或睡得太多	0	1	2	3
4. 感到疲倦或精力不足	0	1	2	3
5. 食欲不振或暴飲暴食	0	1	2	3
6. 自我感覺不好——或感覺自己是個失敗者，或感覺讓自己或家人失望	0	1	2	3
7. 注意力不集中，比如看報或看電視的時候	0	1	2	3
8. 動作或說話慢到其他人都注意到了。或者正好相反——坐立不安或者焦躁不安，以至於比平時更頻繁地走動。	0	1	2	3
9. 有認為您死了會更好，或者以某種方式傷害自己的想法	0	1	2	3
10. 感到緊張、焦慮或不安	0	1	2	3
11. 無法停止或控制焦慮	0	1	2	3
12. 這些問題是否影響您的工作、家庭或社交活動？	0	1	2	3

請回答這些與過去一年有關的問題。（如果您在過去一年中改變了飲酒或藥物的使用，請說明您最近一次的使用情況。）

13. 您飲用含酒精飲料的頻率如何？	從不 0	每月一次 或更少 1	每月 2-4次 2	每週 2-3次 3	每週 4次或更多 4	
14. 您在典型飲酒日期會飲用多少含酒精飲料？	沒有 0	1或2 杯 0	3或4 杯 1	5或6 杯 2	7或9 杯 3	10杯或 更多 4
15. 您一次飲用 <u>6杯或更多</u> 酒精飲料的頻率如何？	從不 0	低於每月 一次 1	每月一次 2	每週一次 3	每天或幾乎 每天一次 4	
16. 您使用大麻的頻率如何？	從不 0	低於每月 一次 1	每月一次 2	每週一次 3	每天或 幾乎每天一次 4	
17. 您使用非法藥物（非大麻）或因非醫療原因使用處方藥的頻率如何？	從不 0	低於每月 一次 1	每月一次 2	每週一次 3	每天或幾乎 每天一次 4	
18. 您是否擁有槍支？			是	否		