

แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย

ชื่อ วันที่

ในช่วง **2 สัปดาห์** ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน
(ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

| | ไม่เคย | มีบางวัน ไม่บ่อย | มีค่อนข้าง บ่อย | มีเกือบทุก วัน |
|--|--------|---------------------|--------------------|-------------------|
| 1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง - คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงาน ที่ต้องใช้ความตั้งใจ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. พุดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือกระสับกระส่าย จนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียดายจะดี | 0 | 1 | 2 | 3 |

ถ้าท่านตอบว่ามีอาการไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้คน หรือไม่

| ไม่มีปัญหาเลย | มีปัญหาบ้าง | มีปัญหามาก | มีปัญหามากที่สุด |
|---------------|-------------|------------|------------------|
| | | | |