

身体症状(PHQ-15)

在过去的四个星期里，你有多大程度被以下问题困扰？

	没有困扰 (0)	少许困扰 (1)	十分困扰 (2)
a. 胃痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 背痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 手臂、脚、或关节（膝、大腿关节等）疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 痛经或其他月经问题 (只供女士回答)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 头晕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 短时间昏倒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 感觉心脏沉重或急速地跳动	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 气促	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 性交产生的痛楚或问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 便秘、大便稀溏、或腹泻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 反胃、胀气、或消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 做事缺乏兴趣或乐趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. 有睡眠问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>