**水平2—躯体症状—6-17岁儿童的父母/监护人\***

\*改编自躯体症状病人健康问卷（PHQ-15）

**姓名： 年龄： 性别：□男 □女 日期：**

**与该儿童的关系：**

**对父母/监护人的指导语：**在刚完成的DSM-5水平1的问卷中，您的孩子在***过去两周内***受到以下问题轻度或更严重的困扰：“抱怨腹痛，头痛，或其他疼痛”以及/或者“担心自己的健康或者担心自己会生病”。 下列问题将会询问有关这些感受的更多细节，尤其是您的孩子**在过去7天内**对列表中的症状感到困扰的频率是多少。**在回答每道题时，请在该行的一个选择框中打√或×。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **临床工作者使用** |
| **在过去的7天里，您的孩子在多大程度上受到下述问题困扰？** | **条目分数** |
|  | **完全不困扰****（0）** | **有一点困扰****（1）** | **非常困扰****（2）** |  |
| 1. | 腹痛 |  |  |  |  |
| 2. | 背痛 |  |  |  |  |
| 3. | 手臂、腿痛或关节痛（膝盖、臀部等） |  |  |  |  |
| 4. | 头痛 |  |  |  |  |
| 5. | 胸痛 |  |  |  |  |
| 6. | 头晕 |  |  |  |  |
| 7. | 昏厥 |  |  |  |  |
| 8. | 感觉心脏剧烈跳动或心跳加速 |  |  |  |  |
| 9. | 气短 |  |  |  |  |
| 10. | 便秘、腹泻或痢疾 |  |  |  |  |
| 11. | 恶心、胃胀气或消化不良 |  |  |  |  |
| 12. | 感到疲惫或精力不足 |  |  |  |  |
| 13. | 睡眠困难 |  |  |  |  |
| 总分/部分原始得分： |  |
| 按比例计算得分（如果回答有10道或更多的题目）： |  |