**水平2——躯体症状——11-17岁儿童**

 \*改编自病人健康量表躯体症状(PHQ-15)

姓名： 年龄： 性别：男 女 日期： 年 月 日

**指导语：**在刚完成的DSM-5水平1的问卷中，你表示在***过去两周内***你在某种程度上受到一些问题的困扰，即“腹痛，头痛，或其他疼痛”以及/或者“担心你的健康或者担心你会生病”。下列问题将会询问有关这些感受的更多细节，尤其是你在**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** |
| **在过去七天中，你在多大程度上受到下述问题困扰？** | **条目分数** |
|  |  | **完全不 困扰** | **有一点 困扰** | **非常困扰** |  |
| 1. | 腹痛 | 0 | 1 | 2 |  |
| 2. | 背痛 | 0 | 1 | 2 |  |
| 3. | 手臂、腿或关节痛（膝盖、臀部等） | 0 | 1 | 2 |  |
| 4. | 头痛 | 0 | 1 | 2 |  |
| 5. | 胸痛 | 0 | 1 | 2 |  |
| 6. | 头晕 | 0 | 1 | 2 |  |
| 7. | 昏厥 | 0 | 1 | 2 |  |
| 8. | 感到心脏剧烈跳动或心跳加速 | 0 | 1 | 2 |  |
| 9. | 气短 | 0 | 1 | 2 |  |
| 10 | 便秘，腹泻，或痢疾 | 0 | 1 | 2 |  |
| 11. | 恶心，胃胀气或消化不良 | 0 | 1 | 2 |  |
| 12. | 感到疲倦或精力不足 | 0 | 1 | 2 |  |
| 13. | 睡眠困难 | 0 | 1 | 2 |  |
| **总分／部分原始得分：** |  |
| **按比例计算得分：** |  |