心理测评（1）

本部分测试主要是为了筛查您有无焦虑、抑郁以及认知功能改变等。筛查检测阳性并不意味着您一定存在相关的问题，我们将根据您的不同情况给予有针对性的指导和进一步检查的建议。请您不必有任何顾虑，根据自己的实际情况填写即可。

1.在**过去的两周**里， 您生活中是否出现过以下症状及其出现的频率（完全没有，偶尔有，一半以上的天数有，几乎每天有），请您根据自己的实际情况在适宜的选项上打勾。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 条目 | 完全没有 | 偶尔有 | 一半以上天数 | 几乎每天 |
| 1）感到不安以及烦躁 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2）不能停止或无法控制地担心 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3）对各种各样的事情担忧过多 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4）很紧张，很难放松下来 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5）非常焦躁，以致无法静坐 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6）变得容易烦恼或易被激怒 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7）感到好像有什么可怕的事情会发生 | 0 | 1 | 2 | 3 |

如果发现自己有如上症状, 他们影响到你的家庭生活, 工作, 人际关系的程度是:

①没有困难

②有一些困难

③有很多困难

④非常困难

2. 在**过去的两周**里， 您生活中是否出现过以下症状及其出现的频率（完全没有，偶尔有，一半以上的天数有，几乎每天有），请您根据自己的实际情况在适宜的选项上打勾。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 条目 | 完全没有 | 偶尔有 | 一半以上天数 | 几乎每天 |
| 1）做什么事都没兴趣，没意思 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2）感到心情低落、抑郁、没希望 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3）入睡困难，总是醒着，或睡得太多，嗜睡 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4）常感到很疲倦，没劲儿 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5）胃口不好，或吃的太多 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6）对自己不满意，觉得自己是个失败者，或觉得给家人丢脸 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7）无法集中精力，感觉读书或看电视时，记忆力下降 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8）行动或说话缓慢到引起人们的注意，或刚好相反，坐卧不安，易燥易怒，到处走动 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9）有不如一死了之的念头，或想怎样伤害自己一下 | 0 | 1 | 2 | 3 |

如果发现自己有如上症状, 他们影响到你的家庭生活, 工作, 人际关系的程度是: [单选题]

①没有困难

②有一些困难

③有很多困难

④非常困难

3.在过去的几年中，您是否出现过以下问题。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 条目 | 是 | 否 |
| 1）判断力出现问题 | 1 | 0 |
| 2）缺乏兴趣、爱好、活动减少 | 1 | 0 |
| 3）不断重复同一件事 | 1 | 0 |
| 4）学习使用某些日常工具或家用电器 | 1 | 0 |
| 5）记不清当前月份或年份 | 1 | 0 |
| 6）个人经济财产掌控困难 | 1 | 0 |
| 7）记不住和别人的约定 | 1 | 0 |
| 8）日常记忆和思考能力有问题 | 1 | 0 |