

โดยรวมเธอคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

☐ ไม่

☐ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

☐ ใช่ มีปัญหาชัดเจน

☐ ใช่ มีปัญหาย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าเธอตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

☐ น้อยกว่า 1 เดือน

☐ 1 – 5 เดือน

☐ 6 – 12 เดือน

☐ มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เธอรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเธอในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

ความเป็นอยู่ที่บ้าน

การคบเพื่อน

การเรียนในห้องเรียน

กิจกรรมยามว่าง

ไม่	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ปัญหานี้ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู เป็นต้น)

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลังแปลผล