

แบบทดสอบสุขภาพจิต ...แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

นำเสนอเมื่อ : 23 พ.ค. 2552

1. ชื่อ - สกุล		
2. ที่อยู่		
โทรศัพท์>		
3. เพศ	<input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	

4. อายุ ปี

5. การศึกษา 1. ไม่ได้เรียน 2. มัธยมศึกษา 3. มัธยมศึกษา

4.ต่ำกว่าปริญญาตรี 5.ปริญญาตรี 6.อื่น ๆ ระบุ

6.อาชีพ (ตอบมากกว่า 1 อาชีพ)

1.เกษตรกรรม 2.รับจ้าง 3.ค้าขาย

4.รับราชการ 5.ว่างงาน 6.อื่น ๆ ระบุ

7. สถานภาพสมรส

1.โสด 2.อยู่คู่กัน 3.อยู่แยกกันอยู่

4.หย่า 5.หย่าร้าง

8. ในช่วง 1 เดือนนี้ รบกวนท่านใด ท่านเป็นผู้ดูแลสุขภาพในเรื่องใดบ้าง (ตามการวินิจฉัยในใบจากแพทย์และรวมเป็นโรค)

ไม่มี มี (ถ้ามีตอบคำถามข้อ 9 ด้วย)

9. โรคที่ท่านมีปัญหาคืออะไรมากกว่า 1 ข้อ

1. ความดันโลหิตสูง 2. โรคหลอดเลือดสมอง 3. โรคหัวใจ

4. โรคกระดูกและข้อ 5. เบาหวาน 6. มะเร็ง

7. มีพยาธิ 8. โรคทางจิตเวช 9. โรคกระเพาะ

10. อื่น ๆ ระบุ

สอบถามผู้ให้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดการประเมินตัว

ข้อที่	รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1	รู้สึกใจหายหรือเหนื่อยใจ (เกือบตลอดทั้งวัน)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	รู้สึกเป็นทุกข์จนยากที่จะใช้ชีวิต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	รู้สึกหมดกำลังใจตามปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	รู้สึกไม่มีชีวิตชีวา หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	รู้สึกวิตกกังวลในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	รู้สึกอยากลุกขึ้นมาทำอะไรสักอย่าง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	คิดอะไรไม่ออก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	หมดกำลังใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	คิดอะไรได้มากกว่าปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	ทำอะไรก็ขาดเรื่องมากกว่าปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	รู้สึกอ่อนเพลียเหมือนไม่มีแรง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ อย่างไม่เป็นปกติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สอบถามผู้ให้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดการประเมินตัว

สอบถามผู้ให้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดการประเมินตัว

สอบถามผู้ให้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดการประเมินตัว

สอบถามผู้ให้บริการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ โดยให้ตอบคำถามในแบบวัดการประเมินตัว