


หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	วันที่: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
ชื่อย่อ : <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
วันเดือนปีเกิด : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	วัน เดือน ปี (ตัวอย่างเช่น: 01-JAN-2007)	
วัน เดือน ปี (ตัวอย่างเช่น: 01-JAN-2007)	สัปดาห์: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (จงวงกลมระยะเวลาที่ท่านเข้าร่วมในการวิจัย)	

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและวงกลมหมายเลข 0, 1, 2 หรือ 3 ที่ระบุข้อความได้ตรงกับท่านมากสุดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ทั้งนี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือคำตอบที่ผิด ท่านไม่ควรใช้เวลามากนักในแต่ละข้อความ

เกณฑ์การประเมินมีดังนี้:

- 0 ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย
- 1 ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง
- 2 ตรงกับข้าพเจ้า หรือเกิดขึ้นบ่อย
- 3 ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด

1 ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายอารมณ์	0	1	2	3
2 ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง	0	1	2	3
3 ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ดีขึ้นเลย	0	1	2	3
4 ข้าพเจ้ามีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้นผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออกแม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)	0	1	2	3
5 ข้าพเจ้ารู้สึกทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ค่อนข้างลำบาก	0	1	2	3
6 ข้าพเจ้าเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป	0	1	2	3
7 ข้าพเจ้ามีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)	0	1	2	3
8 ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าวิตกกังวลมาก	0	1	2	3
9 ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยมิได้คิด	0	1	2	3
10 ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าไม่มีเป้าหมาย	0	1	2	3
11 ข้าพเจ้าเริ่มรู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการกระวนกระวายใจ	0	1	2	3
12 ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย	0	1	2	3

13	ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม	0	1	2	3
14	ข้าพเจ้าทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรต่อจากที่ข้าพเจ้ากำลังกระทำอยู่	0	1	2	3
15	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	0	1	2	3
16	ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด	0	1	2	3
17	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า	0	1	2	3
18	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย	0	1	2	3
19	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)	0	1	2	3
20	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ	0	1	2	3
21	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	0	1	2	3