

BẢN CÂU HỎI DÀNH CHO BỆNH NHÂN

TÊN: _____ TUỔI: _____

PHÁI TÍNH: Nam Nữ

NGÀY THÁNG NĂM: _____

HƯỚNG DẪN: Bản câu hỏi này giúp chúng tôi hiểu được những vấn đề mà quý vị đang mắc phải. Nhiều khi chúng tôi còn cần phải hỏi quý vị thêm nhiều câu hỏi khác về một trong những mục này. Nhớ đánh dấu vào ô vuông đối với mọi mục. Bác sĩ của quý vị sẽ giữ kín mọi chi tiết này.

<i>Trong vòng THÁNG QUA, quý vị có bận tâm NHIỀU vì...</i>			<i>Trong THÁNG QUA...</i>		
	Có	Không		Có	Không
1. đau bụng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. táo bón, hay tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. đau lưng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. buồn nôn, đầy hơi hay khó tiêu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. đau ở tay, chân, hay các khớp xương (đau gối, hông v..v..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. cảm thấy mệt mỏi hay yếu sức lực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. đau đớn hay có vấn đề khi có kinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. khó ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. đau đớn hay có vấn đề khi giao hợp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ăn uống không kiểm soát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. nhức đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ít hứng thú làm điều gì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. đau ngực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. cảm thấy chán nản, xuống tinh thần hay tuyệt vọng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. choáng váng, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. "căng thẳng" lo âu hay bối rối	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. bị ngất xỉu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. lo lắng về nhiều thứ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. thấy tim đập mạnh và nhanh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. hụt hơi thở, khó thở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			21. quý vị có bao giờ bị lên cơn lo âu (thình lình cảm thấy sợ hãi hoảng sợ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			22. có bao giờ quý vị nghĩ mình cần giảm bớt uống rượu hay chưa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			23. có ai đã than phiền về việc uống rượu của quý vị chưa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			24. có khi nào quý vị cảm thấy có lỗi hay bực mình về việc uống rượu của mình không	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. có ngày nào mà quý vị uống trên năm ly bia hay rượu không	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nói chung, theo ý quý vị thì sức khỏe của mình là:		
			Toàn hảo	<input type="checkbox"/>	
			Rất tốt	<input type="checkbox"/>	
			Tốt	<input type="checkbox"/>	
			Vừa phải	<input type="checkbox"/>	
			Kém	<input type="checkbox"/>	