

วันที่ :

ชื่อ / ID

โปรดวงกลมรอบคำที่แสดงว่าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับหนูบ่อยแค่ไหน ไม่มีคำตอบถูกผิด

1.ฉันรู้สึกเศร้าหรือว่างเปล่า	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
2.ฉันกังวลเมื่อฉันคิดว่าฉันทำบางอย่างได้ไม่ดี	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
3.ฉันจะรู้สึกกลัวถ้าอยู่บ้านคนเดียว	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
4.ไม่มีอะไรสนุกเลย	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
5.ฉันกังวลว่าจะมีสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้นกับคนในครอบครัว	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
6.ฉันกลัวการอยู่ในที่คนแออัด (เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ รถสาธารณะ สนามเด็กเล่น)	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
7.ฉันกังวลว่าคนอื่นคิดอย่างไรกับฉัน	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
8.ฉันมีปัญหาการนอน	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
9.ฉันรู้สึกกลัวถ้าฉันต้องนอนด้วยตนเอง	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
10.ฉันมีปัญหาเกี่ยวกับความอยากอาหาร	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
11.ฉันมีอาการคลื่นไส้หรือหน้ามืดทันทีโดยที่ไม่มีสาเหตุ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
12.ฉันต้องทำบางอย่างซ้ำๆ (เช่นล้างมือ ทำความสะอาด หรือวางสิ่งของตามลำดับเฉพาะ)	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
13.ฉันไม่มีพลังสำหรับสิ่งต่างๆ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
14.ฉันเริ่มตัวสั่นหรือกระวนกระวายขึ้นมาเองทั้งที่ไม่มีสาเหตุ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
15.ฉันไม่สามารถคิดอย่างปลอดโปร่ง	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
16.ฉันรู้สึกไร้ค่า	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
17.ฉันต้องคิดถึงความคิดพิเศษ(เช่นตัวเลขหรือคำ)เพื่อหยุดเรื่องเลวร้ายไม่ให้เกิดขึ้น	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
18.ฉันคิดเกี่ยวกับความตาย	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
19.ฉันรู้สึกเหมือนฉันไม่ต้องการเคลื่อนไหว	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
20.ฉันกังวลว่าฉันจะเกิดความรู้สึกกลัวขึ้นมาทั้งที่ไม่มีอะไรน่ากลัว	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
21.ฉันเหนื่อยมาก	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
22.ฉันรู้สึกกลัวว่าฉันจะทำตัวเง่าต่อหน้าผู้คน	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
23.ฉันต้องทำบางสิ่งตามแนวทางที่ถูกต้องเพื่อหยุดเรื่องร้ายไม่ให้เกิดขึ้น	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
24.ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ
25.ฉันกังวลว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้นกับฉัน	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เสมอ