

压力情绪和心境

对情绪障碍的早期预测和预防
跨国研究项目

苏黎世健康问卷 (ZHQ)

Chinese Version by Meng Zhang and Xueqiong Bernegger

研究编号	[_ _ _ _]	1-4
组别	[_ _]	5-6
被试信息	[_ _ _]	7-9
性别 (1=男性, 2=女性)	[_]	15
出生日期 (年/月/日=01)	[_ _ _ _ : _ _ : 0 1]	16-21
身高 (厘米)	[_ _ _]	22-24
体重 ^① (千克)	[_ _ _]	25-27
教育程度 (1=小学/特殊教育 ^② , 2=初中, 3=高中, 4=本科)	[_]	49
受试日期 (年/月/日)	[_ _ _ _ : _ _ : _ _]	50-57
主试	[_ _ _]	58-60
网站编号	[_ _]	61-62



请在仔细阅读问题之后进行回答。如果您觉得以下给出的答案没有一个能很好地符合您的行为或态度，请选择最接近的一个。所有的个人信息我们都将严格为您保密！我们将保密处理您所有个人信息！

Card number

1-12 dupl

[_ _] 13-14

请不要填写这一部分

吸烟**您通常每天抽多少烟？**

- | | | | |
|----------|--------------------------------|-----|----------|
| 1) 香烟的根数 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 15 |
| 2) 雪茄的根数 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 16 |
| 3) 烟袋的袋数 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 17 |

饮酒**您通常一周喝多少酒？**

- | | | | |
|------------------|--------------------------------|-----|----------|
| 1) 啤酒的杯数 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 18 |
| 2) 葡萄酒的杯数 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 19 |
| 3) 烈酒的杯数 (比如威士忌) | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 20 |

请在仔细阅读问题之后进行回答。如果您觉得以下给出的答案没有一个能很好地符合您的行为或态度，请选择最接近的一个。所有的个人信息我们都将严格为您保密！我们将保密处理您所有个人信息！

药物

请不要填写这一部分

在过去的三个月中，您服用以下药物的频率

- 1) 安眠药
- | | | | | |
|--------------|-------|--------------------------|-----|----------|
| | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| 过去两周内几乎每天都服用 | | <input type="checkbox"/> | (5) | [_] 21 |

- 2) 止痛药 (镇痛药)
- | | | | | |
|--------------|-------|--------------------------|-----|----------|
| | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| 过去两周内几乎每天都服用 | | <input type="checkbox"/> | (5) | [_] 22 |

- 3) 镇定剂 (例如, 安定, 利眠宁)
- | | | | | |
|--------------|-------|--------------------------|-----|----------|
| | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 1-3 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 4-10 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 11-20 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | 多于 20 | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| 过去两周内几乎每天都服用 | | <input type="checkbox"/> | (5) | [_] 23 |

- 4) 您通常还会服用其他药物吗
- | | | | | |
|--|---|--------------------------|-----|----------|
| | 否 | <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 | <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 24 |

如果是，是什么呢？（不需要填写口服避孕药）

.....

- 5) 只需女性回答：您服用口服避孕药吗？
- | | | | | |
|--|---|--------------------------|-----|----------|
| | 否 | <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 | <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 25 |

如果有，具体是哪种？

.....

毒品: 所有通过本问卷收集到的信息的用途都仅限于本研究所限定的范围, 并且将被严格保密。

毒品

在过去的三个月内, 您服用非法药物的频率

- | | | | |
|----|--|---|-----------|
| | | | 请不要填写这一部分 |
| 1) | 大麻 | 从不 <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
多于 20 <input type="checkbox"/> (4)
过去两周内几乎每天都服用 <input type="checkbox"/> (5) | [_] 26 |
| 2) | 迷幻药 (麦角酰二乙胺), 致幻药 (二甲氧甲苯丙胺), 仙人球毒碱, 致幻蘑菇 | 从不 <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
多于 20 <input type="checkbox"/> (4)
过去两周内几乎每天都服用 <input type="checkbox"/> (5) | [_] 27 |
| 3) | 鸦片剂 (海洛因, 吗啡, 鸦片), 美沙酮 | 从不 <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
多于 20 <input type="checkbox"/> (4)
过去两周内几乎每天都服用 <input type="checkbox"/> (5) | [_] 28 |
| 4) | 可卡因, 强效可卡因, 精炼可卡因 | 从不 <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
多于 20 <input type="checkbox"/> (4)
过去两周内几乎每天都服用 <input type="checkbox"/> (5) | [_] 29 |
| 5) | 冰毒, 摇头丸, 夏娃 ("Eve") | 从不 <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
多于 20 <input type="checkbox"/> (4)
过去两周内几乎每天都服用 <input type="checkbox"/> (5) | [_] 30 |
| 6) | 其他 | 从不 <input type="checkbox"/> (0)
1-3 <input type="checkbox"/> (1)
4-10 <input type="checkbox"/> (2)
11-20 <input type="checkbox"/> (3)
多于 20 <input type="checkbox"/> (4)
过去两周内几乎每天都服用 <input type="checkbox"/> (5) | [_] 31 |

健康情况: 所有通过本问卷收集到的信息的用途都仅限于本研究所限定的范围, 并且将被严格保密。

健康情况

您是否曾患上以下疾病

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----|----------|
| 1) 肝病 (肝炎) | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 32 |
| 2) 肾脏疾病 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 33 |
| 3) 糖尿病 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 34 |
| 4) 其他代谢紊乱 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 35 |
| 如果是, 具体是哪一种?..... | | | |
| 5) 脑膜炎 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 36 |
| 6) 癫痫发作 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 37 |
| 7) 偏头痛, 其他头痛 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 38 |
| 8) 头部受伤, 脑损伤, 脑震荡伴意识丧失,
无损伤颅内出血 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 39 |
| 9) 过敏: 哮喘, 花粉症, 湿疹 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 40 |
| 10) 您母亲在生您时是否难产?
(早产或其他并发症) | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 我不清楚 <input type="checkbox"/> | (9) | [_] 41 |
| 11) 您出门散步/远足的频率是怎么样的? | 很少 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 每天 <input type="checkbox"/> | (2) | [_] 42 |
| 12) 您骑车吗? | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 每天 <input type="checkbox"/> | (2) | [_] 43 |
| 13) 您有做运动吗? | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 每天 <input type="checkbox"/> | (2) | [_] 44 |

请不要填写这一部分

健康情况: 所有通过本问卷收集到的信息的用途都仅限于本研究所限定的范围, 并且将被严格保密。

在过去的六个月中, 您出现过以下的问题吗?

请不要填写这一部分

- | | | | |
|----------------------|----------------------------------|-----|----------|
| 1) 头痛 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 45 |
| 2) 睡眠障碍 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 46 |
| 3) 注意力无法集中或记忆问题 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 47 |
| 4) 视力急剧下降 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 48 |
| 5) 其它视力问题(闪烁, 、重影等等) | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 49 |
| 6) 头晕 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 50 |
| 7) 昏倒 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 51 |
| 8) 单侧的身体虚弱 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 52 |
| 9) 颤抖, 行走问题 (其他戒断迹象) | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 53 |
| 10) 身体某部位麻痹或刺痛感 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 54 |

健康情况: 所有通过本问卷收集到的信息的用途都仅限于本研究所限定的范围, 并且将被严格保密。

在过去的六个月中, 您出现过以下的问题吗?

请不要填写这一部分

- | | | | | |
|-----------------------|----------|--------------------------|-----|----------|
| 11) 食欲不振, 吞咽问题 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 55 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 12) 胃灼热, 胃痛 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 56 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 13) 溃疡 (胃或十二指肠) | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 57 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 14) 便秘, 腹泻, 腹痛 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 58 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 15) 明显的体重变化 (增加或者减少) | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 59 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 16) 皮肤过敏, 花粉症 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 60 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 17) 哮喘 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 61 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 18) 背部问题 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 62 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 19) 心脏问题 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 63 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| 20) 只需女性回答: 痛经和/或烦躁不安 | 从不 | <input type="checkbox"/> | (0) | [_] 64 |
| | 偶尔 | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 经常 | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | 目前正在接受治疗 | <input type="checkbox"/> | (3) | |

精神病学: 所有通过本问卷收集到的信息的用途都仅限于本研究所限定的范围，并且将被严格保密。

精神病学

您是否出现过以下症状？

请不要填写这一部分

- | | | | | |
|----|---|-----------------------------------|-----|----------|
| 1) | 对某些情境感到莫名焦虑（大规模人群，动物等） | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 目前正在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 65 |
| 2) | 莫原因不明的惊恐发作 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 目前正在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 66 |
| 3) | 神经障碍 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 目前正在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 67 |
| 4) | 严重的忧郁情绪 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 目前正在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 68 |
| 5) | 自杀的念头 | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 目前正在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 69 |
| 6) | 强迫性行为 (强烈感觉有必要一遍又一遍重复某一个动作，例如洗手，检查某样东西) | 从不 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 偶尔 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 经常 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 目前正在接受治疗 <input type="checkbox"/> | (3) | [_] 70 |
| 7) | 是否曾经接受过精神治疗或心理治疗 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | [_] 71 |
| 8) | 家庭成员中是否有人曾经接受过精神治疗或心理治疗 | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | 如果有，是您的: | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | | 父亲 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 母亲 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 72 |
| 9) | 是否有家庭成员自杀？ | 否 <input type="checkbox"/> | (0) | |
| | | 是 <input type="checkbox"/> | (1) | |
| | 如果有，是您的: | 父亲 <input type="checkbox"/> | (2) | |
| | | 母亲 <input type="checkbox"/> | (3) | |
| | | 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> | (4) | [_] 73 |