

The Core Symptom Index

ผู้รับการประเมิน..... ผู้ตรวจสอบ.....

วันที่ประเมิน...../...../.....ครั้งที่.....

<u>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</u> ท่านถูกรบกวนจากอาการ ต่างๆเหล่านี้มากน้อยเพียงใด โปรดวงกลมรอบตัว เลข หรือขีด / ทับตัวเลข ที่ท่านเห็นด้วยที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
---	--------	----------	-------------	-----------------	---------------

1. เสียงหึ่งๆในหู	0	1	2	3	4
2. ความคิดอยากจะทำตาย	0	1	2	3	4
3. ใจสั่น	0	1	2	3	4
4. ร้องไห้	0	1	2	3	4
5. ทำห็นตัวเองเรื่องต่างๆ	0	1	2	3	4
6. ปวดบั้นเอว	0	1	2	3	4
7. รู้สึกเหงา	0	1	2	3	4
8. รู้สึกเศร้า	0	1	2	3	4
9. ปวดกล้ามเนื้อ	0	1	2	3	4
10. หายใจไม่สะดวก หรือ หายใจไม่อิ่ม	0	1	2	3	4
11. รู้สึกสับสนร้อน สับสนหนาว	0	1	2	3	4
12. รู้สึกชา หรือชู่ซ่าตามตัว	0	1	2	3	4
13. แน่นที่ศีรษะ หรือ จมูก	0	1	2	3	4
14. รู้สึกอึดอัดในที่คนมากๆ เช่น ตลาด โรงหนัง	0	1	2	3	4
15. รู้สึกกระวนกระวายเมื่อถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว	0	1	2	3	4
16. รู้สึกนั่งไม่ติด	0	1	2	3	4
17. รู้สึกมีอะไรผลักดันให้ทำสิ่งต่างๆ	0	1	2	3	4