

青少年身心健康評估檢核表

2017/02 修訂

填寫日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本表內容完全保密

請你仔細回想，在最近一星期中（包括今天），下列問題使你感到困擾或苦惱的程度，然後勾選一個你認為最能代表你感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒。.....	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安。.....	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒。.....	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落。.....	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人。.....	0	1	2	3	4
6. 有自殺的想法。.....	0	1	2	3	4

請根據你的實際狀況填答下列題目，勾選符合的項目或情形。

	有 (是)	沒有 (否)
7. 我有每次運動至少 30 分鐘，達到輕微流汗的運動習慣。..... 若有運動習慣，平均每週_____天，每次_____分鐘。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 我每天至少吃 5 種蔬菜或（和）水果。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 我過去 30 天內有吸菸。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 我過去 30 天內有喝酒。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 我過去 30 天內有嚼檳榔。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 我過去 30 天內有使用毒品或未經醫師開處方的管制藥品。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 我每天不是因為做功課而上網的時間為： <input type="checkbox"/> 不上網 <input type="checkbox"/> 1 小時以內 <input type="checkbox"/> 1-3 小時 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）_____小時		
14. 我一有時間就想上網。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 我會借助網路來交朋友。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 我曾經與網友見面過。..... 若有，大約有_____次。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 我曾與網友發生性行為。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 我對自己的外表長相或身體某部位感到不滿意。..... 若有，請勾選不滿意的項目（可複選） <input type="checkbox"/> 身高 <input type="checkbox"/> 體重 <input type="checkbox"/> 體型/身材 <input type="checkbox"/> 五官/頭部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 生殖器官 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 我擔心自己的健康。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 我會被同性吸引。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我不確定		
21. 我在生理期間會感到困擾。（男生免填）.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 我曾發生過性行為。..... 若有，第一次發生性行為是_____歲。 <input type="checkbox"/> 沒發生過性行為（請跳至 24 題）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 我在性行為過程有使用保險套或其他避孕措施。..... 若曾使用保險套，是 <input type="checkbox"/> 每次都 <input type="checkbox"/> 大部分有 <input type="checkbox"/> 很少使用 <input type="checkbox"/> 其他避孕措施（請說明）_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(請繼續填答背面)

請根據你的實際狀況填答下列題目，勾選符合的項目或情形。	有 (是)	沒有 (否)
24. 我知道若性行為沒有做好避孕措施，可以採取事後緊急避孕措施補救。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 我會擔心自己或對方可能會懷孕。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 我曾經懷孕或讓對方懷孕。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 我曾經遭遇過類似性騷擾的經驗。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 我曾經被迫從事性相關的活動(例如拍攝裸照)或性行為。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 與我同住一起的人有(請勾選合適的項目):		
<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 單親母親	<input type="checkbox"/> 單親父親
<input type="checkbox"/> 父親與繼母	<input type="checkbox"/> 母親與繼父	<input type="checkbox"/> 兄弟
<input type="checkbox"/> 監護人(父母除外)	<input type="checkbox"/> 一個人住	<input type="checkbox"/> 男/女朋友
<input type="checkbox"/> 其他(請說明)	_____	

請對照題目描述與你的實際狀況來填答下面的題目	經常 或 滿意	很少 或 還好	幾乎 沒有 或 不滿意
30. 當我遭遇到困難時，我可以向家人求助。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 當我希望從事新的活動或發展方向時，家人能接受並給予支持。....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 家人與我討論各種事情，以及分擔問題的方式，我的滿意程度是....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 家人對我表達情感的方式，以及對我的情緒(於憤怒、悲傷、愛)的反應，我的滿意程度是.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 家人與我共處時光的方式，我的滿意程度是.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. 我與家庭成員之間會有重大衝突發生。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
若有，是發生在(可複選) <input type="checkbox"/> 肢體上 <input type="checkbox"/> 語言上 <input type="checkbox"/> 精神/心理上 <input type="checkbox"/> 被排擠			
<input type="checkbox"/> 被忽略 <input type="checkbox"/> 其他(請說明) _____			
36. 我在學校(或補習班、安親班)有適應困難。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
若有，請勾選符合的項目(可複選) <input type="checkbox"/> 課業 <input type="checkbox"/> 特定科目 <input type="checkbox"/> 特定的人 <input type="checkbox"/> 環境			
<input type="checkbox"/> 師長相處 <input type="checkbox"/> 同學相處 <input type="checkbox"/> 異性相處 <input type="checkbox"/> 其他(請說明) _____			
37. 我有被欺負或被霸凌的經驗。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
若有，是發生在(可複選) <input type="checkbox"/> 語言上 <input type="checkbox"/> 行為上 <input type="checkbox"/> 網路上 <input type="checkbox"/> 被排擠			
<input type="checkbox"/> 其他(請說明) _____			
38. 我有與人互動的困擾。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
若有，請勾選符合的項目(可複選) <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 師長 <input type="checkbox"/> 異性			
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
39. 過去這幾年，我的家庭是否有任何重大的改變。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
若有，請勾選符合的項目(可複選) <input type="checkbox"/> 父親再婚 <input type="checkbox"/> 母親再婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚			
<input type="checkbox"/> 搬家 <input type="checkbox"/> 轉學 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 新成員 <input type="checkbox"/> 嚴重的疾病 <input type="checkbox"/> 死亡，是我的_____ (關係)			
<input type="checkbox"/> 有家人服刑，是我的_____ (關係) <input type="checkbox"/> 其他(請說明) _____			
40. 我還有些別的困擾想要找人討論。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有			
除上述內容外，我還想與醫師討論的其他困擾是：			

請檢查是否每題都有填答，謝謝您！

