**焦虑筛查量表GAD-7**（2.14）

在过去的两周里,你生活中以下症状出现的频率有多少？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 题目 | 没有 | 有几天 | 一半以上时间 | 几乎天天 |
| 1、感到不安、担心及烦躁 | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 2、不能停止或无法控制担心 | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 3、对各种各样的事情担忧过多 | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 4、很紧张、很难放松下来 | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 5、非常焦躁、以至无法静坐 | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 6、变得容易烦恼或易被激怒 | **0** | **1** | **2** | **3** |
| 7、感到好像有什么可怕的事会发生 | **0** | **1** | **2** | **3** |

评分标准：

0-4 没有焦虑症（注意自我保重）

5-9 可能有轻微焦虑症（建议咨询心理医生或心理医学工作者）

10-13 可能有中度焦虑症（最好咨询心理医生或心理学工作者）

14-18 可能有中重度焦虑症（建议咨询心理医生或精神科医生）

19-21 可能有重度焦虑症（一定要看心理医生或精神科医生）