**躯体症状障碍严重程度的临床工作者评定**

姓名： 年龄： 性别：□男 □女 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **指导语：**  请根据你所掌握的个体接受治疗的所有信息和你的临床判断，评定该个体在过去7天内体验到下列症状的频率及严重程度（在对应方框内打“√”）。 | | | | | | |
| *请用0-4的等级来评定个体对躯体症状的错误归因、过分担心和/或过度关注。* | | | | | | |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **题目**  **分数** |
| 1. 对于其症状的医疗严重性，他/她是否有或表现出不恰当的、持续的担心？ | □  无 | □  有点 | □  有些 | □  很多 | □  非常多 |  |
|  | | | | | | |
| 1. 个体是否存在或表现出高水平的与健康相关的焦虑？ | □  无 | □  有点 | □  有些 | □  很多 | □  非常多 |  |
|  | | | | | | |
| 1. 在这些症状或对健康的忧虑上，个体是否投注了过多的时间和精力？ | □  无 | □  有点 | □  有些 | □  很多 | □  非常多 |  |
| **原始总分：** | | | | | |  |
| **平均总分：** | | | | | |  |