

下面的问题是关于您目前的生活受家庭成员病情的影响程度的。  
请在 16 个问题各方框中标出您的选择。

请回答下面的问题：

您的年龄：\_\_\_\_\_

您的性别：男/女

您与病人之间的关系：\_\_\_\_\_

患者诊断结果：\_\_\_\_\_

### 第一部分：情绪方面的影响

完全不符合    有点符合    非常符合

因为家庭成员的病情，

- |    |                  |                          |                          |                          |
|----|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | 我感到担心。           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | 我感到生气。           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 我感到伤心。           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 我感到受挫了。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | 我很难找到人诉说自己的想法。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | 我觉得照顾家人是一件困难的事情。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 第二部分：个人以及社交生活

因为家庭成员的病情，

完全不符合    有点符合    非常符合

- |     |                     |                          |                          |                          |
|-----|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.  | 我很难有自己的时间。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | 我每天的出行受到了影响。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | 我的饮食习惯受到了影响。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | 我的家庭活动受到了影响。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | 我在度假方面遇到了问题。        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | 我的性生活受到了影响。         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | 我的工作或学习受到了影响。       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | 我与其他家庭成员之间的关系受到了影响。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 我的家庭支出增加了。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 我的睡眠受到了影响。          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

请检查您是否回答了上述所有问题，谢谢。

