

CTS

儿童报告 (6-17 岁)

1

儿童姓名/身份证编号: _____ 年龄: _____ 性别: 男 女 其他

填表者: _____ 填写日期: _____

2

事件: 有时, 一些令人懼怕或十分難受的事情會發生。這些事情有时可以影響我們想甚麼、怎樣感覺、及做甚麼。

	是	否
1. 你曾否見過有人互相推撞、打架、投擲物件; 或刺傷、槍擊他人; 或嘗試互相傷害對方?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 有沒有人曾經傷害你? 用手、皮帶或其他物件用力打你、拳打或腳踢你, 或者嘗試槍擊或刺傷你?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 有沒有人曾經觸摸你的重要身體部分 (以泳衣覆蓋的部分), 而令你感到不舒服? 或有沒有人曾經要你觸摸他們的重要身體部分?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 有沒有其他十分難受或令人懼怕的事情曾經發生在你身上 (所愛的人離世、與所愛的人分離、被獨留一段長時間、不夠食物、嚴重的意外或疾病、火警、被狗咬、被欺凌)? 如有, 是甚麼事?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

反應: 有时, 令人懼怕或十分難受的事情會影響我們怎樣想、感覺, 及行動。以下的問題會詢問你最近的感覺和想法。

在過去30日, 以下每種情況有幾經常發生?

	從不/ 甚少	每月一 至兩次	每星期一 至兩次	每星期三 次或以上
5. 當你記起那些發生過的事情, 你的身體會有強烈的感覺 (流汗、心跳加速、感到不適)。	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. 你嘗試避開那些會令你想起發生過的事情的人、地方或事物。	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. 很難感到快樂。	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. 很難入睡或睡得不安穩。	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. 很難集中精神或注意力。	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. 感到獨自一人, 並與身邊的人不親近。	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

NOTES: