

## แบบสำรวจร่างกาย


และอาการจากภาวะความเครียด  
หรือ ความกังวล ด้วยตัวเอง





ชื่อ - นามสกุล \_\_\_\_\_


วันที่ \_\_\_\_\_


อายุ \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_


<b>1</b> การหายใจ 	<b>สำรวจการหายใจว่าเป็นอย่างไร</b>		
	หายใจเร็ว หรือหายใจช้า	หายใจตื้น หรือ หายใจลึก	หายใจได้สุด หรือหายใจลำบาก

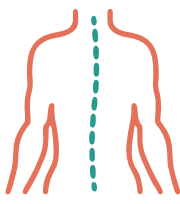
<b>2</b> ศีรษะและลำคอ 	<b>บริเวณศีรษะและลำคอของเป็นอย่างไร</b>		
	ตึงหรือผ่อนคลาย	ขยับได้คล่องหรือ แข็งจนขยับไม่ได้	มีอาการเจ็บหรือปวด หรือไม่


<b>3</b> ดวงตา 	<b>ความรู้สึกที่ดวงตาเป็นอย่างไร</b>		
	รู้สึกผ่อนคลาย หรือรู้สึกตึง	ตามีความสดใส หรือ หมองๆ ตื้อๆ	มีอาการตาล้าหรือไม่


<b>4</b> ช่องปาก 	<b>ความรู้สึกในช่องปากเป็นอย่างไร</b>		
	สบายๆ หรือ เกร็ง	แห้งเกินไป หรือ มีน้ำลายเยอะเกินไป หรือไม่	มีการกัดฟัน หรือ ขบฟัน หรือ มีร่องรอย หรือไม่

<b>5 ไหล่และหน้าอก</b> 	<b>ความรู้สึกที่ส่วนไหล่และหน้าอกเป็นอย่างไร</b>		
	ขยับได้คล่อง หรือ แข็งจนขยับไม่ได้	อกผายไหล่ผึ่ง หรือห่อไหล่	มีความปวด หรือ รู้สึกตึง หรือ จุกคอหรือไม่

<b>6 ช่องท้อง</b> 	<b>ความรู้สึกที่ช่องท้องเป็นอย่างไร</b>		
	แน่นตึง หรือ ผ่อนคลาย	มีปัญหาการทาน หรือ ย่อยอาหาร หรือไม่	มีปัญหาการขับถ่าย หรือไม่

<b>7 หลังส่วนล่าง</b> 	<b>บริเวณหลังส่วนล่างเป็นอย่างไร</b>		
	แข็งแรง นั่งตรงได้ หรือ อ่อนแรง	มีอาการแน่นตึง หรือ หย่อนจนเกินไป หรือไม่	มีความปวด หรืออาการร้าวหรือไม่

<b>8 อุณหภูมิ</b> 	<b>เรารู้สึกไม่สบายตัว หรืออึดอัดในช่วงกลางวันหรือกลางคืนหรือไม่ เช่น ร้อนเกินไปหรือหนาวเกินไป มีส่วนไหนของร่างกายที่เรารู้สึกเป็นพิเศษ</b>		

<b>9 อารมณ์ และความรู้สึก</b> 	<b>ตอนนี้คุณกำลังรู้สึกถึงบางอารมณ์อย่างชัดเจนหรือไม่ และ อารมณ์ความรู้สึกดังกล่าว มีรูปแบบการเกิดหรือไม่</b>		
	ความกลัว หรือ กังวล	รู้สึกเฉยชา อารมณ์ตื้อๆ หรือหมดแรงใจ	มีความรู้สึกอื่นอีกไหม