

پرسشنامه BAI

	نام خانوادگی			نام
	سن	<input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> مرد	جنسیت
<input type="checkbox"/> دکتر و بالاتر	تحصیلات	<input type="checkbox"/> متاهل	<input type="checkbox"/> مجرد	وضعیت تاهل
<input type="checkbox"/> فوق لیسانس				
<input type="checkbox"/> لیسانس				
<input type="checkbox"/> کاردانی				
<input type="checkbox"/> دیپلم				
<input type="checkbox"/> زیر دیپلم				
<input type="checkbox"/> شاغلم	وضعیت شغل			شماره موبایل
<input type="checkbox"/> فعلا بیکارم	شغل			نام شرکت/سازمان
	واحد سازمانی			سابقه کار

لطفا هر عبارت را به دقت بخوانید و مشخص کنید در خلال هفته گذشته تا امروز چقدر از آن علامت در رنج بوده اید.

پاسخ خود را به صورت علامت X در مقابل هر گزینه مشخص کنید.

شدید (نمی توانستم آن را تحمل کنم)	متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم)	خفیف (زیاد ناراحت نیستم)	اصلا	گزینه ها
				۱- کرخی و گز گز شدن (مور مور شدن)
				۲- احساس داغی (گرما)
				۳- لرزش در پاها
				۴- ناتوانی در آرامش
				۵- ترس از وقوع حادثه بد
				۶- سرگیجه و منگی
				۷- تپش قلب و نفس نفس زدن
				۸- حالت متغیر (بی ثبات)
				۹- وحشت زده
				۱۰- عصبی
				۱۱- احساس خفگی
				۱۲- لرزش دست
				۱۳- لرزش بدن
				۱۴- ترس از دست دادن کنترل
				۱۵- به سختی نفس کشیدن
				۱۶- ترس از مردن
				۱۷- ترسیده (حالت ترس)
				۱۸- سوء هاضمه و ناراحتی در شکم
				۱۹- غش کردن (از حال رفتن)
				۲۰- سرخ شدن صورت
				۲۱- عرق کردن (نه در اثر گرما)