



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - KOREAN/한국어

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

작성 지침

아래 10가지 문항은 지난 4주 동안 본인의 기분과 정서 상태에 관해 묻는 질문입니다. 각 문항에서 자신이 느낀 정도를 가장 잘 나타낸다고 생각되는 곳에 동그라미(O)로 표시해 주십시오.

	전혀 없음	잠깐 그랬음	가끔 그랬음	대부분 그랬음	항상 그랬음
1. 지난 4주 동안 얼마나 자주 별다른 이유 없이 피곤함을 느꼈습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 지난 4주 동안 얼마나 자주 신경과민 상태가 있었습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 지난 4주 동안 얼마나 자주 어떤 것으로도 진정시킬 수 없는 신경과민 상태가 있었습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 지난 4주 동안 얼마나 자주 절망감을 느꼈습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 지난 4주 동안 얼마나 자주 안전부절하거나 초조함을 느꼈습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 지난 4주 동안 얼마나 자주 가만히 앉아 있지 못할 정도로 안전부절한 적이 있었습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 지난 4주 동안 얼마나 자주 우울해진 적이 있었습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 지난 4주 동안 얼마나 자주 하는 일이 모두 힘들다고 생각되었습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 지난 4주 동안 얼마나 자주 아무것도 위로가 되지않을 정도로 슬프다고 느꼈습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 지난 4주 동안 얼마나 자주 자신이 쓸모없다고 느꼈습니까?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

페이지를 넘겨서 계속하십시오.



SMR060979

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928 271213

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - KOREAN/한국어

SMR060.979



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

다음 문항들은 이런 기분들이 지난 4주 동안 본인의 생활에 어떤 영향을 미쳤는지에 관한 질문입니다.

만약 앞의 10 문항 모두 '전혀 없음'이라고 답하셨으면 다음 질문에 답변하지 않으셔도 됩니다.

11. 지난 4주 동안 며칠이나 이러한 기분 때문에 직장/학업 또는 일상 생활을 전혀 할 수 없었습니까? (해당 일수)

12. [그외 날들 중에서] 지난 4주 동안 직장/학업 또는 일상 생활을 할 수는 있어도 이러한 기분 때문에 해당 활동을 줄여야만 했던 날은 며칠이었습니까? (해당 일수)

13. 지난 4주 동안 이러한 기분 때문에 의사나 다른 보건 전문가를 몇 번 만난 적이 있습니까? (상담 회수)

14. 지난 4주 동안 이러한 기분의 주 원인이 된 신체 건강상 문제가 얼마나 자주 있었습니까?
전혀 없음 ○
잠깐 그랬음 ○
가끔 그랬음 ○
대부분 그랬음 ○
항상 그랬음 ○

본 질문서에 답변해 주셔서 감사합니다.

질문서 작성을 의뢰한 직원에게 되돌려 주시기 바랍니다.

Consumer signature:

Date:

For Care Planning Purposes:

K10 score

Staff comments:

.....

.....

.....

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

Holes Punched as per AS2828.1: 2012
BINDING MARGIN - NO WRITING

