



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____/____/____	M.O.	
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - CHINESE-TRADITIONAL/繁體中文

指引

以下十個問題是有關你在過去四個星期內的感受。選擇每題中最能描述你所感受時間多久的一個答案，並在相關選項下的圓圈劃上記號。

	絕對沒有這種感覺	偶爾如此	有時如此	大部份時間如此	所有時間
1. 在過去四個星期內，你大約隔多久無緣無故地感覺筋疲力盡？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺緊張？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺緊張，而且沒有任何方法可以使你冷靜下來？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺絕望？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺焦躁不安或坐立不安？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺焦躁不安，以致你不能靜坐？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺抑鬱？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺做什麼都是那麼吃力的？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺那麼悲傷，以致沒有任何方法可以使你振奮起來？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺自己不中用？	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

請翻至第2頁繼續作答



SMR060971

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

NH600928h 101014

SR1 SELF REPORT MEASURES FOR ADULTS AND OLDER PEOPLE K10 + LM - CHINESE/中文 SMR060.971



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE  FEMALE

D.O.B. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

M.O.

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

以下幾個問題是有關在過去四個星期內，上述感受影響你的程度。

如果在上面十題的答案，你全都選擇“絕對沒有這種感覺”；你便無須回答以下的問題。

11. 在過去四個星期內，你有多少天因這種感受而完全不能工作、讀書或處理你日常的活動？ ..... (多少天)

12. 【除了上述的那些日子之外】，在過去四個星期內，你有多少天能夠處理你日常的活動，但由於這些感受而需要減少你所做的事？ ..... (多少天)

13. 在過去四個星期內，你有多少次因這些感受而去見醫生或其他醫護專業人員？ ..... (多少次)

14. 在過去四個星期內，每隔多久生理上的健康問題會成為導致這些感受的主要原因？

- 絕對沒有這種感覺
- 偶爾如此
- 有時如此
- 大部份時間如此
- 所有時間

多謝閣下答完這張問卷。

請交回有關負責人員。

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

