



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 SIMPLIFIED

说明

以下十个问题有关您在**过去四周内**的感受。在回答每个问题时, 请选择最能描述您此种感受的时间长短, 并在相应选项下的圆圈上做标记。

	从未有过这种感觉	偶尔如此	有时如此	大部分时间如此	每时每刻都如此
1. 在过去四周内, 您大概每隔多久无缘无故地感到筋疲力尽?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到紧张?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到紧张, 且没有任何方法能让您平静下来?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到绝望?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到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. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到焦躁不安而无法静坐?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到抑郁?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到做什么都特别吃力?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. 在过去四周内, 你大概每隔多久感到特别悲伤, 没有什么能够让自己高兴起来?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. 在过去四周内, 您大概每隔多久感到自己毫无价值?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

请翻页继续填写



SMR060934

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

NH700481 280120

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

SMR060.934



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 SIMPLIFIED

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

以下几个问题是有关在**过去四周内**,上述感受对您的影响程度。

如果您对上述十个关于您的感受的问题,全部选择“从未有过这种感觉”,则无需回答以下问题。

11. 在过去四周内,您有多少天由于这些感受而完全无法工作、学习或从事日常活动?	_____ (天数)
12. [除了那些日子之外],在过去四周内,您有多少天能够工作、学习或从事日常活动,但由于这些感受,不得不减少所做的事情?	_____ (天数)
13. 在过去四周内,您有多少次由于这些感受去见医生或其他医护专业人士?	_____ (咨询次数)
14. 在过去四周内,每隔多久生理上的健康问题是产生这些感受的主要原因?	<p style="text-align: right;">从未有过 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">偶尔如此 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">有时如此 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">大部分时间如此 <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">每时每刻都如此 <input type="radio"/></p>

感谢您完成本问卷调查。

请在下面签名并将问卷交还给请您填写问卷的工作人员。

患者签名: _____

日期: _____

For Care Planning Purposes:

K10 score

--	--

Staff comments: _____

Staff name:

Signature:

Designation:

Date:

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

