



Health

Facility:

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

FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

 MALE     FEMALE

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

M.O.

ADDRESS

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**MGA TAGUBILIN (*Instructions*)**

Ang sumusunod na sampung mga katanungan ay tungkol sa iyong mga nararamdamang sa **nakaraang apat na linggo**. Sa bawat tanong, markahan ang bilog (X) na tumutukoy sa pinakaangkop na haba ng panahon na ganoon ang naramdamang mo.

	Hindi kailanman	Bihira	Paminsan-minsan	Madalas	Palagi
1. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang pagod o kapaguruan na walang dahilan?	<input type="radio"/>				
2. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang nerbiyos?	<input type="radio"/>				
3. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang sobrang nerbiyos na walang makapagpakalma ng iyong damdamin?	<input type="radio"/>				
4. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang kawalang pag-aso ( <i>hopelessness</i> )?	<input type="radio"/>				
5. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang pagkaligalig ( <i>restlessness</i> ) at hindi mapakali ( <i>fidgety</i> )?	<input type="radio"/>				
6. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang na hindi ka mapakali at hindi makaupo nang matagalan?	<input type="radio"/>				
7. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang matinding kalungkutan ( <i>depression</i> )?	<input type="radio"/>				
8. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang napakahirap gawin ang lahat ng mga bagay?	<input type="radio"/>				
9. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang matinding kalungkutan na walang makapagpasaya sa iyo?	<input type="radio"/>				
10. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas mo naramdamang na wala kang silbi ( <i>worthless</i> )?	<input type="radio"/>				

pakibaligtad ang pahina para magpatuloy

SMR060986

Holes Punched as per AS22828.1: 2012  
BINDING MARGIN - NO WRITING

NH600928w 101014

NO WRITING

Page 1 of 2

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

SMR060.986



Health

Facility:

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

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	

Ang sumusunod na mga katanungan ay tungkol sa kung papaano maaaring nakaapekto ang mga damdaming ito **sa iyo sa nakaraang apat na linggo**.

Kung ang iyong sagot tungkol sa iyong mga naramdaman ay "Hindi kailanman" sa **lahat** ng sampung mga tanong, hindi mo na kailangang sagutin ang mga sumusunod.

11. Sa nakaraang apat na linggo, ilang araw mo naramdaman na LUBUSANG HINDI ka makapagtrabaho, makapag-aral, o hindi makagawa ng pang-araw-araw na tungkulin dahil sa iyong mga naramdamang ito? ..... (ilang araw)
12. (Maliban sa mga araw na iyon), sa loob ng nakaraang apat na linggo, ILANG ARAW mo naramdaman na kailangan mong BAWASAN ang iyong pagtatrabaho, pag-aaral, o paggawa ng pang-araw-araw na tungkulin dahil sa iyong mga naramdamang ito? ..... (ilang araw)
13. Sa nakaraang apat na linggo, ilang beses ka nagpakonsulta sa iyong doktor o iba pang propesyonal sa kalusugan upang pag-usapan ang iyong mga naramdamang ito. ..... (Ilang beses nagpakonsulta)
14. Sa nakaraang apat na linggo, gaano kadalas na ang pisikal na mga problemang pangkalusugan ang maaaring naging pangunahing dahilan ng mga naramdamang ito?
- Hindi kailanman   
 Bihira   
 Paminsan-minsan   
 Madalas   
 Palagi

**Maraming salamat sa pagkumpleto ng kwestyonaryong ito.**

Pakibalik sa propesyonal na nagbigay sa iyo nito.

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**

SMR060986