



Facility:

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

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？	☐	☐	☐	☐	☐
2. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺緊張？	☐	☐	☐	☐	☐
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？	☐	☐	☐	☐	☐
4. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺絕望？	☐	☐	☐	☐	☐
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？	☐	☐	☐	☐	☐
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？	☐	☐	☐	☐	☐
7. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺抑鬱？	☐	☐	☐	☐	☐
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？	☐	☐	☐	☐	☐
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？	☐	☐	☐	☐	☐
10. 在過去四個星期內，你大約隔多久感覺自己不中用？	☐	☐	☐	☐	☐

請翻至第2頁繼續作答



Facility:

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

SMR060971

