



Facility:

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

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

LOCATION / WARD

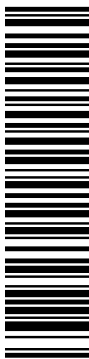
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

คำแนะนำ

คำถามทั้งสิบข้อข้างล่างนี้ถามถึงความรู้สึกของท่านในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ในการตอบคำถามแต่ละข้อ โปรดทำเครื่องหมายในวงกลมในช่องที่บรรยายถึงระยะเวลาที่ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวได้ดีที่สุด

	ไม่เคย	เล็กน้อย	บางเวลา	เกือบตลอดเวลา	ตลอดเวลา
1. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกเหนื่อยอ่อนโดยไม่รู้สาเหตุ?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกังวลใจ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกังวลใจโดยไม่มีอะไรทำให้สงบได้?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกสิ้นหวัง?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายกระวนกระวาย?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายจนนั่งนิ่งไม่ได้?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกหดหู่?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าทุกอย่างต้องใช้ความพยายาม?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกเศร้าใจจนไม่มีอะไรจะช่วยให้ท่านร่าเริงได้?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา บ่อยเท่าไรที่ท่านรู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่าเลย?	☐	☐	☐	☐	☐

โปรดพลิกไปด้านหลังเพื่อกรอกข้อมูล



SMR060991

Holes Punched as per AS2828.1: 2012

BINDING MARGIN - NO WRITING

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 - THAI**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

คำถามต่อไปอีกไม่กี่คำถามนี้ถามว่าความรู้สึกเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อตัวท่านไปแล้วอย่างไรในระยะสัปดาห์ที่ผ่านมา
ท่านไม่จำเป็นต้องตอบคำถามข้างล่างนี้ถ้าคำตอบคือ “ไม่เลย” ในคำถามข้างต้นทั้งสิบข้อที่เกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน

11. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีวันที่ท่านไม่สามารถจะทำงาน
เรียนหรือทำกิจกรรมประจำวันได้เลยเพราะความรู้สึกเหล่านี้?

..... (ระบุจำนวนวัน)

12. [นอกจากวันเหล่านั้นแล้ว] ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา
มีวันที่ท่านสามารถทำงาน เรียน หรือทำกิจกรรมประ
จำวันได้ แต่ต้องลดสิ่งที่ต้องทำลงเพราะความรู้สึกเหล่านี้?

..... (ระบุจำนวนวัน)

13. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่ท่านได้ไปพบแพทย์หรือ
ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพท่านอื่นเกี่ยวกับความรู้สึกเหล่านี้?

..... (ระบุจำนวนครั้ง)

14. ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีกี่ครั้งที่ปัญหาทางสุขภาพรบกวน
ยเป็นสาเหตุสำคัญของความรู้สึกเหล่านี้ ?

ไม่เลย ☐

เล็กน้อย ☐

บางเวลา ☐

เกือบตลอดเวลา ☐

ตลอดเวลา ☐

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบสอบถามนี้

โปรดส่งคืนเจ้าหน้าที่ผู้ขอให้ท่านกรอกแบบสอบถาม

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



SMR060991