

**환자 건강 질문지 - 9** 72883  
**(Korean version of the PHQ-9)**

**THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.**

Were data collected? **No**  (provide reason in comments)  
 If **Yes**, data collected on visit date  or specify date: \_\_\_\_\_  
DD-Mon-YYYY

Comments:

**Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.**

	전혀 방해 받지 않았다	며칠 동안 방해 받았다	7 일 이상 방해 받았다	거의 매일 방해 받았다
지난 2 주일 동안 당신은 다음의 문제들로 인해서 얼마나 자주 방해를 받았습니까?				
1. 일 또는 여가 활동을 하는 데 흥미나 즐거움을 느끼지 못함	0	1	2	3
2. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없음	0	1	2	3
3. 잠이 들거나 계속 잠을 자는 것이 어려움, 또는 잠을 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없음	0	1	2	3
5. 입맛이 없거나 과식을 함	0	1	2	3
6. 자신을 부정적으로 봄 - 혹은 자신이 실패자라고 느끼거나 자신 또는 가족을 실망시킴	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어려움	0	1	2	3
8. 다른 사람들이 주목할 정도로 너무 느리게 움직이거나 말을 함. 또는 반대로 평상시보다 많이 움직여서, 너무 안절부절 못하거나 들떠 있음	0	1	2	3
9. 자신이 죽는 것이 더 낫다고 생각하거나 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라고 생각함	0	1	2	3

**SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY**

0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
 =Total Score: \_\_\_\_\_

만일 당신이 위의 문제 중 하나 이상 "예" 라고 응답하셨으면, 이러한 문제들로 인해서 당신은 일을 하거나 가정일을 돌보거나 다른 사람과 어울리는 것이 얼마나 어려웠습니까?

전혀 어렵지 않았다      
 약간 어려웠다      
 많이 어려웠다      
 매우 많이 어려웠다

© 2005 본 질문지의 저작권과 판권을 포함한 모든 권리는 Pfizer 회사에 있으며, 무단 복제를 금합니다. EPI0905.PHQ9P

<b>나는 이정보가 정확하다고 확인합니다.</b>	환자/피험자 이름의 머리 글자:	날짜:
-----------------------------	-------------------	-----