

HM-PRO

설문지를 작성하기 전에 소개 글을 먼저 읽어 주십시오.

소개

이 설문지에서는 귀하의 질병 상태 및/또는 치료가 일상 생활에 어떻게 영향을 미치고 있는지에 대한 귀하의 견해를 듣고자 합니다.

파트 A는 귀하의 일상 활동의 다양한 측면과 관련된 것이며, **파트 B**는 귀하의 질병 상태 및/또는 치료로 인해 겪는 증상과 관련된 것입니다.

파트 A

해당 활동에 아무런 문제가 없는 경우 다음 상자에 체크표시 하십시오.

'전혀'

해당 활동에 혈액암이 영향을 미치는 경우 다음 상자 중 하나에 체크표시를 하여 영향을 받는 정도를 나타내 주십시오.

'약간', '많이'

귀하에게 해당하지 않는 경우 다음 상자에 체크표시 하십시오.

'해당 없음'

파트 B

해당 증상을 겪고 있지 않다면 다음 상자에 체크표시 하십시오.

'전혀'

귀하에게 영향을 미치는 증상인 경우 다음 상자에 체크표시를 하여 증상의 심각도를 나타내 주십시오.

'약간', '심하게'

‘정답’이나 ‘오답’은 없습니다. 질문에 어떻게 답해야 할지 확실하지 않은 경우에는 가장 적절한 답을 해주시면 됩니다

귀하가 제공한 정보는 철저히 기밀로 유지됩니다.

귀하의 정보를 입력하십시오.

환자 식별번호:

* 시작 시간:-

생년월일:

오늘 날짜:

파트 A

혈액암이 귀하에게 어떤 영향을 미치는지 그리고 **이에 대해 귀하가 오늘 어떻게 느끼고 있는지**를 가장 잘 설명한 상자에 체크표시 하십시오.

A. 신체 행동

	전혀	약간	많이	해당 없음
1. 나는 걷는 데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 나는 스스로를 돌보는 데 어려움이 있다 (예: 옷 입기, 목욕 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 신체 활동/스포츠를 하는 데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 나는 여행하는 데 어려움이 있다 (예: 버스, 기차, 비행기 및 자동차).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 나는 집을 나서는데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 나는 일 (또는 공부) 하는 데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 나는 휴가를 가는 데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. 사회적 안녕감

1. 나는 사람들과 교류하는 데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 나는 개인적인 인간 관계에 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 성생활에 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. 감정적 행동

1. 나는 다른 사람들에게 짐이 될까 걱정이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 나는 남이 나를 어떻게 생각할까 걱정한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 내 외모가 걱정이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 나는 마음이 괴롭다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 나는 마음이 불안하다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 나는 죽을까 봐 걱정이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 나는 자신감이 없다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 나는 나의 건강이 앞으로 어떻게 될지 걱정이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 나는 수면 패턴이 바뀌었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 나는 집중하는 데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 나는 지금 받고 있는 치료가 걱정이다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이 페이지에 있는 모든 질문을 읽고 대답했습니까?

혈액암이 귀하에게 어떤 영향을 미치는지 그리고 **이에 대해 귀하가 오늘 어떻게 느끼고 있는지**를 가장 잘 설명한 상자에 체크표시 하십시오.

D. **식사 및 음료 섭취**

	전혀	약간	많이	해당 없음
1. 나는 식욕에 문제가 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 나는 식습관이 바뀌었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 음료(술 포함) 섭취 습관이 바뀌었다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이 외에도 귀하의 질병 또는 치료로 인해 영향을 받은 일상 생활 영역이 더 있다면 아래에 적어 주십시오.

추가 사항:

이 페이지에 있는 모든 질문을 읽고 대답했습니까?

다음 페이지로 넘어가십시오.

파트 B

지난 3 일 동안 귀하가 겪은 증상을 가장 잘 표현한 상자에 체크표시 하십시오.

다음은 질병 증상 또는 치료 부작용에 대한 설명들입니다.

	전혀	약간	심하게
1. 나는 열이 있다/있었다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 나는 위통이 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 나는 활력에 문제가 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 나는 탈모가 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 나는 피곤하다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 나는 요통이 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 나는 미각에 문제가 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 나는 호흡에 어려움이 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 나는 피부 문제가 있다 (예: 가려움, 멍, 발진 등).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 나는 두통이 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 나는 변비가 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 나는 흑이 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 나는 신체 통증이 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 나는 감염이 있다 (예: 가슴, 폐, 요로 등).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 나는 수면 중 식은땀이 난다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 나는 설사가 있다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 나는 메스껍다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 나는 흉통이 있다/있었다.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

이 밖의 우려되는 다른 증상이나 기타 의견이 있으시면 아래에 기재해 주십시오.

이 페이지에 있는 모든 질문을 읽고 대답했습니까?

감사합니다!

* 종료 시간: - _____