

\* 문진표는 OMR로 처리되므로 구기거나 찢지 마시고,

**붉은선 안에만 기재해 주십시오.**

\* 아래 사항을 읽고 해당번호 또는 항목이 있는

안에 V 또는  표시해 주십시오.

[바코드 붙이는곳]

성 명

**기분상태 관련 문항 (만40세)**

1. **최근 1주일 동안** 아래와 같은 일들이 얼마나 자주 일어났었는지 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

최근 1주일 동안	극히 드물었다 (일주일간 1일 이하)	가끔 있었다 (일주일간 2일)	종종 있었다 (일주일간 3~4일)	대부분 그랬다 (일주일간 5일 이상)
평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
먹고 싶지 않고, 식욕이 없었다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
어느 누가 도와준다 하더라도, 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같았다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
상당히 우울했다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**인지기능 관련 문항 (만66세, 70세, 74세)**

\* 동행한 가족이 있으면 가족이 작성, 없으면 본인이 작성

2. **1년 전과 비교하여, 현재 상태에** 해당하는 내용에 표시해 주십시오.

질 문	아니다	가끔 그렇다	자주 그렇다
자신의 기억력이 친구나 동료들에 비해 못하다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자신의 기억력이 1년 전에 비해 더 나빠졌다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
중요한 일을 하는데 있어서도 기억력이 문제가 되는 경우가 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
자신의 기억력이 떨어진 것을 남들도 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
잘해오던 일상적인 일을 하는데 예전보다 서툴러졌다고 생각하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 아래 사항을 읽고 해당번호 또는 항목이 있는 □ 안에 V 또는 ■ 표시해 주십시오.

**예방접종 관련 문항 (만66세)**

3. **인플루엔자(독감)** 예방접종을 매년 하십니까?

예  아니오

**일상생활 수행능력 관련 문항 (66세)**

4. **1년 전과 비교**하여, **현재 상태에 해당**하는 내용에 표시해 주십시오.

질 문	예	아니오
음식을 차려주면 남의 도움이 없이 혼자서 식사하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
옷을 챙겨 입을 때 남의 도움이 없이 혼자서 식사하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
대소변을 보기위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**기분상태 관련 문항 (만66세)**

5. 아래 문항을 읽고 자신의 **현재 상태에 해당**하는 내용에 표시해 주십시오.

질 문	예	아니오
요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**낙상 및 배뇨장애 관련 문항 (만66세)**

6. **낙상**에 관한 질문입니다. 지난 6개월간 넘어진 적이 있습니까?

예  아니오

7. **배뇨장애**에 관한 질문입니다. 소변을 보는데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

예  아니오