

성명		성별/연령		검사일		연락처	
----	--	-------	--	-----	--	-----	--

※검사결과와 심리·정서적 지원을 원하시는 분은 성명과 연락처를 꼭 기록해주세요.

※위와 같이 개인정보 수집에 동의하십니까? ☐동의함 ☐동의하지 않음.

환자 건강 질문지 (PHQ-9)

지난 2주일 동안 다음과 같은 문제를 얼마나 자주 겪었는지 해당되는 란에 “✓”표 해주십시오.		전혀 없음	며칠 동안	일주일 이상	거의 매일
1	매사에 흥미나 즐거움이 거의 없다.	0	1	2	3
2	기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없다고 느낀다.	0	1	2	3
3	잠들기 어렵거나 자주 깬다. 혹은 잠을 너무 많이 잔다.	0	1	2	3
4	피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없다.	0	1	2	3
5	식욕이 줄었다. 혹은 너무 많이 먹는다.	0	1	2	3
6	내 자신이 실패자로 여겨지거나, 자신과 가족을 실망시켰다고 느낀다.	0	1	2	3
7	신문을 읽거나 텔레비전 보는 것과 같은 일상적인 일에 집중하기 어렵다.	0	1	2	3
8	다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느리다. 혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아 있을 수 없다.	0	1	2	3
9	차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각하거나 어떻게든 자해를 하려고 생각한다.	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

*만일 당신이 위의 문제 중 한 개라도 해당되는 것이 있다면

그것으로 인하여 일상생활(직장 일, 집안 일, 대인관계)에 어느 정도 어려움을 느꼈습니까?

전혀
어렵지 않았다
☐

약간
어려웠다
☐

많이
어려웠다
☐

매우 많이
어려웠다
☐



한림대학교강남성심병원