

귀하의 건강상태에 관한 설문 조사서

체중 관련 증상에 관한 질문
(WRSM)

본 조사는 건강과 체중에 관한 응답자의 의견을 얻기 위해 마련된
것입니다.



본 설문에 응해주셔서 감사합니다!

연구 조사 참가자를 위한 “삶의 질” 관련 설문지 작성 요령

- 1) 본 설문은 응답자의 종합적인 건강상태를 평가하기 위한 중요 자료입니다. 질문사항은 응답자의 시각에서 건강이 삶의 질에 끼친 영향에 관한 정보를 수집하기 위해 작성되었습니다.
- 2) 설문지 작성 시 볼펜을 사용해 주시기 바랍니다. 이때 표시사항을 잘 알아볼 수 있도록 세게 눌러서 명확하고 선명하게 작성해 주시기 바랍니다.
- 3) 각 질문을 주의깊게 읽고 답해 주시기 바랍니다. 비슷해 보이는 질문이라도 자세히 보면 다른 내용입니다.
- 4) 각 질문 별로 자신의 상태를 가장 잘 설명하는 란에 ☒로 표기하십시오. 표기 사항을 정정해야 하는 경우, 정정하고자 하는 란에 줄을 긋고(—☒—), 새로 선택한 란에 ☒로 표기하십시오.
- 5) 본 조사에는 정답이나 오답이 없습니다. 어느 답변을 골라야 할지 망설여질 경우 가장 근접한 사항을 고르시면 됩니다.
- 6) 응답자의 답변에 대해서는 비밀보장을 원칙으로 합니다. 조사 요원은 응답자의 답변 여부만 점검할 뿐, 그 내용을 다른 임상직원에게 알리지 않습니다.

체중 관련 증상 및 각 증상이 끼치는 영향의 정도

각 질문 사항 별로 아래 증상 목록을 읽고 귀하의 상태를 가장 잘 설명하는 란에 ☒로 표기하십시오. (각 사항별로 하나만 선택)

a. <u>지난 4주 동안</u> 다음과 같은 증상이 있었습니까?			b. 있었다면, 이로 인하여 어느 정도의 불편함을 느꼈습니까?						
아니 오	예	증상	전혀 아니 다	거의 아니다	약간 그렇 다	어느 정도 그렇다	꽤 그렇다	대단히 그렇다	매우 심각할 정도로 그렇다
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	숨이 차다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	피로하다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	수면장애가 있다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	추위에 민감하다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	갈증이 심해졌다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	신경질이 늘었다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	요통이 있다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	소변을 자주 본다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	관절통 (허프, 무릎 등)을 앓는다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	몸의 수분이 잘 안 빠진다(몸이 붓는다)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	발에 문제가 있다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	더위에 민감하다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	코를 곤다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(다음 페이지로 진행하십시오.)

(계속)...

a. <u>지난 4 주 동안 다음과 같은 증상이 있었습니까?</u>			b. <u>있었다면, 이로 인하여 어느 정도의 불편함을 느꼈습니까?</u>						
아니 오	예	증상	전혀 아니 다	거의 아니다	약간 그렇 다	어느 정도 그렇다	꽤 그렇다	대단히 그렇다	매우 심각할 정도로 그렇다
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	식욕이 증가했다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	소변이 샌다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	머리가 몽롱하다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	땀이 많아졌다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	성욕이 없어졌다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	체력이 감소했다	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	피부 장애가 있다(쓰라림, 발진 등)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

모든 사항에 빠짐없이 응답하였는지 확인해 주시기 바랍니다.

본 설문에 응해주셔서 감사합니다!