

날짜: _____

기관: _____

참여자 이니셜: _____

병원 차트 번호#: _____

참여 번호: _____

MD. 앤더슨 증상 목록(MDASI) 핵심 항목

파트 I. 귀하의 증상은 얼마나 심합니까?

암환자들은 종종 질병이나 치료에 의해 야기되는 증상들이 있습니다. **지난 24시간** 동안 다음과 같은 증상이 얼마나 심했는지를 평가해 주실 것을 요청 드립니다. 각 항목에 대하여 0 에서 10까지의 숫자를 선택해 주십시오. 여기에서 0은 증상이 없는 경우에 해당하고, 10은 해당 증상이 상상할 수 있는 가장 심한 경우에 해당합니다.

	증상이 없음						상상할 수 있는 한 가장 심한 증상				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 가장 심했을 때의 통증?	<input type="radio"/>										
2. 가장 심했을 때의 피로?	<input type="radio"/>										
3. 가장 심했을 때의 메스꺼움?	<input type="radio"/>										
4. 가장 심했을 때의 수면장애?	<input type="radio"/>										
5. 가장 심했을 때의 괴로움 또는 당혹감?	<input type="radio"/>										
6. 가장 심했을 때의 숨가쁨?	<input type="radio"/>										
7. 가장 심했을 때의 식욕부진?	<input type="radio"/>										
8. 가장 심했을 때의 식욕부진?	<input type="radio"/>										
9. 가장 심했을 때의 졸음?	<input type="radio"/>										
10. 가장 심했을 때의 입이 마른 느낌?	<input type="radio"/>										

날짜: _____

기관: _____

참여자 이니셜: _____

병원 차트 번호#: _____

참여 번호: _____

	증상이 없음						상상할 수 있는 한 가장 심한 증상				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. 가장 심했을 때의 슬픔?	<input type="radio"/>										
12. 가장 심했을 때의 구토?	<input type="radio"/>										
13. 가장 심했을 때의 무감각하거나 저린 느낌?	<input type="radio"/>										

파트 II. 증상들이 생활에 얼마나 지장을 줍니까?

증상들은 종종 우리가 느끼고 기능하는데 지장을 줍니다. 이 증상들이 지난 24 시간 동안 다음 항목에 대하여 얼마나 많이 지장을 주었습니까? 각 항목에 대해 0에서 10까지의 숫자를 선택해 주십시오. 여기에서 0은 해당 증상이 지장을 주지 않은 경우에 해당하며, 10은 해당 증상이 완전히 지장을 준 경우에 해당합니다.

	지장을 주지 않음						완전히 지장을 줌				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. 일반적인 활동?	<input type="radio"/>										
15. 분위기?	<input type="radio"/>										
16. 일 (집안일 포함)?	<input type="radio"/>										
17. 대인 관계?	<input type="radio"/>										
18. 보행 능력?	<input type="radio"/>										
19. 생활의 즐거움?	<input type="radio"/>										