당신의 마음 건강 점수는?

본 검사는 여러분들의 기분과 우울감을 확인하고자 제작되었습니다.
검사 결과는 여러분의 심리적 어려움을 상담하는데 사용되고, 이에 대한 비밀보장은 이뤄집니다.

• 이름 :　　• 성별 : 남 / 여　　• 연령 :　　세　　• 연락처 :

• 동거가족 : 있다 / 없다　　• 배우자 : 있다 / 없다　　• 거주지역 : 서울시 강북구　　동

지난 2주 동안 다음과 같은 문제를 얼마나 자주 겪었는지 해당되는 칸에 ○표 해 주십시오.

내 용	전혀 없음	며칠 동안	1주일 이상	거의 매일
1. 매사에 흥미나 즐거움이 거의 없었습니까	0	1	2	3
2. 기분이 가라앉거나 우울하거나 희망이 없다고 느껴졌습니까	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자주 깬다 / 혹은 잠을 너무 많이 잤습니까	0	1	2	3
4. 피곤하다고 느끼거나 기운이 거의 없었습니까	0	1	2	3
5. 식욕이 줄었다 / 혹은 너무 많이 먹었습니까	0	1	2	3
6. 내 자신이 실패자로 여겨지거나, 가족을 실망시켰다고 느껴졌습니까	0	1	2	3
7. 신문이나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에 집중하기 어려웠습니까	0	1	2	3
8. 다른 사람들이 눈치 챌 정도로, 평소보다 말과 행동이 느리거나 / 혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아 있을 수 없었습니까	0	1	2	3
9. 차라리 죽는 것이 낫겠다고 생각하거나, 어떻게든 자해를 하려고 생각했습니까	0	1	2	3
나의 점수는				**점**

본 검사의 신청인은 보건소에서 수집· 이용하는 개인정보 및 고유식별정보 제공에 동의합니다.
보건소에서는 위에서 수집한 개인정보 및 고유식별정보를 보건소 및 정신건강복지센터 상담 연계 업무, 사업활성화를 위한 연구 목적으로만 활용토록하고 보유기간(5년)이 경과되면 즉시 파기하겠습니다.

생명사랑은 실천입니다

일 시 : 20　　년　　월　　일

성 명 :　　(서명)

강북구보건소 (생명존중팀 ☎901-4842~49)