

인지기능장애 평가도구

Korean Dementia Screening Questionnaire - C

본 설문은 인지기능장애평가를 위한 문진표입니다. 아래의 각 항목에 대하여, 1년 전과 비교하여 현재 상태에 해당하는 곳에 표시해 주십시오. (동행한 가족이 있으면 가족이 작성하시고, 없으면 본인이 작성하십시오)

Korean Dementia Screening Questionnaire - C	아니다 (0점)	가끔(조금) 그렇다 (1점)	자주(많이) 그렇다 (2점)
1. 오늘이 몇 월이고, 무슨 요일인지를 잘 모른다			
2. 자기가 놔둔 물건을 찾지 못 한다			
3. 같은 질문을 반복해서 한다			
4. 약속을 하고서 잊어버린다			
5. 물건을 가지러 갔다가 잊어버리고 그냥 온다			
6. 물건이나, 사람의 이름을 대기가 힘들어 머뭇거린다			
7. 대화 중 내용이 이해되지 않아 반복해서 물어 본다			
8. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다			
9. 예전에 비해서 계산능력이 떨어졌다 (예: 물건값이나 거스름돈 계산을 못한다)			
10. 예전에 비해 성격이 변했다			
11. 이전에 잘 다루던 기구의 사용이 서툴러졌다 (세탁기, 전기밥솥, 경운기 등)			
12. 예전에 비해 방이나 집안의 정리정돈을 하지 못 한다			
13. 상황에 맞게 스스로 옷을 선택하여 입지 못 한다			
14. 혼자 대중교통 수단을 이용하여 목적지에 가기 힘들다 (신체적인 문제(관절염)로 인한 것은 제외됨)			
15. 내복이나 옷이 더러워져도 갈아입지 않으려고 한다			
점 수	/ 30		

정신건강검사(우울증) 평가도구

한글판 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9

본 설문은 우울한 정도를 스스로 알아보기 위한 것입니다. 이 질문들이 확정된 진단을 위한 것은 아니지만 높은 점수가 나왔을 경우에는 우울증의 가능성이 높으므로, 더 정확한 평가를 위해서 병원에서 진료를 받아볼 것을 추천합니다.

지난 2주 동안, 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	전혀 아니다	여러날 동안	일주일 이상	거의 매일
1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4. 피곤함, 기력이 저하됨	0	1	2	3
5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림, 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림	0	1	2	3
9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3
점 수	/ 27			

금연 처방전

수검자 성명 :

1. 귀하의 흡연 상태

- 과거 흡연자 현재 흡연자

2. 니코틴 의존도

- 낮음 (0-3점) 중간 정도 (4-6점) 높은 정도 (7-10점)

3. 금연 계획단계

- 금연 계획 이전 단계
 금연 계획 단계
 금연 준비 단계
 금연 시도
 금연 유지

금연을 통하여 귀하의 건강과 삶의 질을 한층 높일 수 있습니다.

4. 금연 처방

- 지속적인 금연 상담 및 교육이 필요합니다.
 약물처방 (니코틴 대체 요법 부프로피온 바레니클린)
 국민건강보험공단 금연 치료 프로그램과 연계합니다.
 금연지원 서비스(금연 클리닉 또는 금연 콜센터)에 의뢰합니다.
 기타 :

5. 금단증상 및 흡연충동 극복하기

- 충분한 물을 마십니다.
 껌을 씹거나, 사탕을 먹는 것, 간식을 먹는 것도 도움이 됩니다.
 따뜻한 물로 목욕이나 샤워를 합니다.
 이완이나 명상요법이 도움이 됩니다.
 산책, 금연동기에 대해 다시 생각합니다.
 기타

6. 추가 조치 사항

- 없음 있음

성공적인 금연을 위해서는 주기적인 관리가 필요합니다.

검진 의사 이름 / 서명 :

운동 생활습관 평가 도구		성명
1. 신체활동		
1-1	본인의 일은 최소 10분 이상 숨이 많이 차거나, 심장이 매우 빠르게 뛰는 고강도 활동을 포함 하고 있습니까? (무거운 물건 나르기, 땅파기, 노동)	
1-2	① 예 일주일 (일)	② 아니요
1-3	하루에 (시간 분)	
1-4	본인의 일은 최소 10분 이상 숨이 약간 차거나, 심장이 약간 빠르게 뛰는 중강도 활동을 포함 하고 있습니까? (빠르게 걷기, 가벼운 물건 나르기, 청소, 육아)	
1-5	① 예 일주일 (일)	② 아니요
1-6	하루에 (시간 분)	
2. 장소이동		
2-1	평소 이동시 최소 10분 이상 걸거나 자전거 이용 하십니까?	
2-2	① 예 일주일 (일)	② 아니요
2-3	하루에 (시간 분)	
3. 스포츠, 운동, 여가활동		
3-1	평소 10분 이상 숨이 많이 차거나 심장이 매우 빠르게 뛰는 고강도 스포츠, 운동 및 여가활동 을 하십니까? (달리기, 줄넘기, 등산, 수영, 배드민턴)	
3-2	① 예 일주일 (일)	② 아니요
3-3	하루에 (시간 분)	
3-4	평소 10분 이상 숨이 약간 차거나 심장이 약간 빠르게 뛰는 중강도 스포츠, 운동 및 여가활동 을 하십니까? (빠르게 걷기, 조깅, 골프, 댄스스포츠, 필라테스)	
3-5	① 예 일주일 (일)	② 아니요
3-6	하루에 (시간 분)	
4. 자는 시간을 제외하고 하루에 앉아 있거나 누워있는 시간이 몇 시간입니까? (시간 분)		
5. 최근 1주일동안 근력운동(팔굽혀펴기, 윗몸일으키기, 아령, 역기, 철봉)을 며칠 하십니까? ① 전혀 하지 않음 ② 1일 ③ 2일 ④ 3일 ⑤ 4일 ⑥ 5일 이상		
6. 심장에 문제가 있어 운동을 의사권고에 의해서만 하라고 들은 적 있습니까?	① 예	② 아니요
7. 운동 할 때 가슴통증을 느낀 적이 있습니까?	① 예	② 아니요
8. 지난달에 운동하지 않을 시 가슴통증을 느낀 적 있습니까?	① 예	② 아니요
9. 어지럼증, 의식소실로 균형을 잃은 적 있습니까?	① 예	② 아니요
10. 운동을 바꾼 후 뼈나 관절에 문제가 생긴 적 있습니까?	① 예	② 아니요
11. 현재 혈압, 심장문제로 의사 처방을 받고 있습니까?	① 예	② 아니요
12. 운동을 하면 안 되는 다른 이유가 있습니까?	① 예	② 아니요

운동 처방전(의사용)

수검자 성명 :

1. 귀하의 운동 수준은

- 건강을 유지하기에도 부족한 수준입니다.
- 건강을 유지할 수는 있지만 건강을 증진시키기에는 충분하지 않은 수준입니다.
- 건강을 증진시키기에 충분한 수준입니다.

2. 귀하의 건강과 삶의 질을 증진시키기 위해 다음과 같은 운동을 권장합니다.

1) 운동 종류

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 | <input type="checkbox"/> 걷기 | <input type="checkbox"/> 등산 |
| <input type="checkbox"/> 수영 | <input type="checkbox"/> 수중운동 | <input type="checkbox"/> 자전거타기 |
| <input type="checkbox"/> 에어로빅 | <input type="checkbox"/> 댄스 | <input type="checkbox"/> 요가 |
| <input type="checkbox"/> 근력운동 | <input type="checkbox"/> 기타 : | |

2) 운동 시간

- 10분 15-30분 30분 이상 기타 :

3) 운동 횟수

- 1주일에 1-2회 1주일에 3-4회 1주일에 5회 이상

3. 운동을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 비만/과체중 | <input type="checkbox"/> 스트레스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 심장질환 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 골다공증 | <input type="checkbox"/> 관절통/요통 |
| <input type="checkbox"/> 낙상 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 기타 : |

4. 추가 조치 사항

- 없음 있음
-

주치의 이름 / 서명 :

음주 생활습관 평가 도구

수검자 성명			
<p>본인에게 해당하는 항목을 찾아 V표를 하십시오.</p>			
<p>1. 술을 마시는 횟수는 어느 정도입니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 안 마신다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 1번 이하(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 2~4번(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 2~3번(3점) <input type="checkbox"/> 일주일에 4번 이상(4점) </p>			
<p>2. 술을 마시는 날은 보통 어느 정도 마십니까? (아래의 두 곳 중 주로 드시는 술을 선택하여 한 곳에 표시해 주시면 됩니다.)</p> <p>1) 소주, <input type="checkbox"/> 반병 이하(0점) <input type="checkbox"/> 1병 이하(1점) <input type="checkbox"/> 1.5병정도(2점) <input type="checkbox"/> 2병정도(3점) <input type="checkbox"/> 2.5병 이상(4점)</p> <p>2) 기타의 술, 양주, 와인은 각각의 술잔으로 계산하십시오. 막걸리는 한 사발을 한 잔으로, 맥주는 캔맥주 1캔 또는 작은 병맥주 1병을 한 잔으로 계산하십시오.(생맥주 500cc는 1.3잔으로 계산하십시오). <input type="checkbox"/> 1~2잔(0점) <input type="checkbox"/> 3~4잔(1점) <input type="checkbox"/> 5~6잔(2점) <input type="checkbox"/> 7~9잔(3점) <input type="checkbox"/> 10잔 이상(4점) </p>			
<p>3. 한 번의 술좌석에서 소주 1병을 초과하거나 맥주 5캔(생맥주 2,000cc) 이상*을 마시는 횟수는 어느 정도입니까? (* 알코올 60g에 해당하는 음주량을 의미한다. / 양주, 와인, 막걸리는 각각의 술잔으로 5잔 이상)</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p>			
<p>4. 지난 1년간, 일단 술을 마시기 시작하여 자제가 안 된 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p>			
<p>5. 지난 1년간, 음주 때문에 일상생활에 지장을 받은 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p>			
<p>6. 지난 1년간, 과음 후 다음날 아침 정신을 차리기 위해 해장술을 마신 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p>			
<p>7. 지난 1년간, 음주 후 술을 마신 것에 대해 후회한 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p>			
<p>8. 지난 1년간, 술이 깬 후에 취중의 일을 기억할 수 없었던 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없다(0점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 미만(1점) <input type="checkbox"/> 한 달에 한 번 정도(2점) <input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 정도(3점) <input type="checkbox"/> 거의 매일(4점) </p>			
<p>9. 당신의 음주로 인해 본인이 다치거나, 또는 가족이나 타인이 다친 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다(0점) <input type="checkbox"/> 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점) <input type="checkbox"/> 지난 1년 동안에 있었다(4점) </p>			
<p>10. 가족이나 의사가 당신의 음주에 대해 걱정을 하거나, 또는 ‘술을 끊거나 줄이라’는 권고를 한 적이 있습니까?</p> <p> <input type="checkbox"/> 전혀 없었다(0점) <input type="checkbox"/> 과거에는 있었지만, 지난 1년 동안에는 없었다(2점) <input type="checkbox"/> 지난 1년 동안에 있었다(4점) </p>			
<table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="padding: 5px;">합계</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>		합계	
합계			

운동 처방전

수검자 성명 :

1. 귀하의 운동 수준은

- 건강을 유지하기에도 부족한 수준입니다.
- 건강을 유지할 수는 있지만 건강을 증진시키기에는 충분하지 않은 수준입니다.
- 건강을 증진시키기에 충분한 수준입니다.

2. 귀하의 건강과 삶의 질을 증진시키기 위해 다음과 같은 운동을 권장합니다.

1) 운동 종류

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 빠르게 걷기 | <input type="checkbox"/> 걷기 | <input type="checkbox"/> 등산 |
| <input type="checkbox"/> 수영 | <input type="checkbox"/> 수중운동 | <input type="checkbox"/> 자전거타기 |
| <input type="checkbox"/> 에어로빅 | <input type="checkbox"/> 댄스 | <input type="checkbox"/> 요가 |
| <input type="checkbox"/> 근력운동 | <input type="checkbox"/> 기타 : | |

2) 운동 시간

- 10분 15-30분 30분 이상 기타 :

3) 운동 횟수

- 1주일에 1-2회 1주일에 3-4회 1주일에 5회 이상

3. 운동을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 비만/과체중 | <input type="checkbox"/> 스트레스 | <input type="checkbox"/> 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 심장질환 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 골다공증 | <input type="checkbox"/> 관절통/요통 |
| <input type="checkbox"/> 낙상 | <input type="checkbox"/> 우울증 | <input type="checkbox"/> 기타 : |

4. 추가 조치 사항

- 없음 있음

주치의 이름 / 서명 :

※ 이 처방전은 생활습관을 개선하도록 안내하는 처방으로 투약이나 조제를 위하여 사용할 수 없습니다.

영양 생활습관 평가 도구

수검자 성명			
1. 우유나 칼슘강화두유, 기타 유제품(요구르트 등)을 매일 1컵(200ml) 이상 마신다.			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)	
2. 육류, 생선, 달걀, 콩, 두부 등으로 된 음식을 매일 3회 이상 먹는다.			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)	
3. 김치 이외의 채소를 식사할 때마다 먹는다.			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)	
4. 과일(1개)을 매일 먹는다. (갈아먹는 형태 포함)			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)	
5. 튀김이나 볶음 요리를 얼마나 자주 먹습니까?			
<input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점)	<input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점)	<input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)	
6. 콜레스테롤이 많은 식품(삼겹살, 달걀노른자, 오징어 등)을 얼마나 자주 먹습니까?			
<input type="checkbox"/> 주 4회 이상(1점)	<input type="checkbox"/> 주 2-3회 (3점)	<input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)	
7. 아이스크림, 케이크, 과자, 음료수(믹스커피, 콜라, 식혜 등)중 1가지를 매일 먹는다.			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점)	
8. 젓갈, 장아찌, 자반 등을 매일 먹는다.			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(1점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(5점)	
9. 식사를 매일 정해진 시간에 한다.			
<input type="checkbox"/> 항상 그런 편이다(5점)	<input type="checkbox"/> 보통이다(3점)	<input type="checkbox"/> 아닌 편이다(1점)	
10. 곡류(밥, 빵류), 고기·생선·달걀·콩류, 채소류, 과일류, 우유류 등 총 5종류 식품 중에서 하루에 보통 몇 종류의 식품을 드십니까?			
<input type="checkbox"/> 5종류 (5점)	<input type="checkbox"/> 4종류 (3점)	<input type="checkbox"/> 3종류 이하(1점)	
11. 외식(직장에서 제공되는 식사 제외)을 얼마나 자주 하십니까?			
<input type="checkbox"/> 주 5회 이상(1점)	<input type="checkbox"/> 주 2-4회 (3점)	<input type="checkbox"/> 주 1회 이하(5점)	
합계			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

비만 생활습관 평가 도구

수검자 성명

비만생활습관 평가대상자

비대상자

◆ 신장: _____ cm

◆ 체중: _____ kg

◆ 허리둘레: _____ cm

◆ 체질량지수: _____ kg/m²

1. 현재 체중이 10대 후반이나 20대 초반이었을 때와 비교하여 10kg 이상 늘었습니까?

예

아니요

2. 당신은 현재까지 체중감량을 몇 차례나 시도해 보았습니까?

전혀 해 본 적이 없다

1~3회

4회 이상

항상 노력하고 있다

3. 당신은 체중감량을 통해 정상 체중을 지속적으로 유지하는데 관심이 있습니까?

별로 관심이 없다

어느 정도 관심이 있다

매우 관심이 있다

비만 처방전

수검자 성명 :

◆ 신장 : _____ cm

◆ 체중 : _____ kg

◆ 허리둘레 : _____ cm

◆ 체질량지수 : _____ kg/m²

1. 귀하는

- 정상체중에 속합니다. 과체중에 속합니다.
 비만에 속합니다.

2. 귀하는

- 복부비만을 가지고 있습니다. 복부비만을 가지고 있지 않습니다.

3. 귀하의 현재 체중으로는 동반 질환(심·뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 등)이 발생할 위험이

- 낮습니다. 보통입니다. 다소 증가합니다.
 어느 정도 증가합니다. 상당히 증가합니다. 매우 증가합니다.

4. 목표 체중

- 귀하의 현재 체중을 1차적으로 ()% 까지 낮추는 것을 목표로 합니다.
 귀하의 1차 목표 체중은 kg입니다.
 1차 목표 체중 달성기간은 개월입니다.
 매달 감량해야 할 체중은 kg입니다.

5. 비만 처방

- 식사량을 줄이십시오. 간식/야식을 줄이십시오.
 외식과 패스트푸드를 줄이십시오.
(흡연 음주 운동 영양) 처방을 받도록 하십시오.
 귀하는 약물 치료가 필요합니다.
 기타 :

6. 체중 감량을 통해 호전을 기대할 수 있는 귀하의 질병 상태

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 협심증/심근경색 | <input type="checkbox"/> 공복혈당장애/당뇨병 | <input type="checkbox"/> 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> 고혈압 | <input type="checkbox"/> 이상지질혈증(고지혈증) | <input type="checkbox"/> 말초혈관질환 |
| <input type="checkbox"/> 수면무호흡증 | <input type="checkbox"/> 골관절염 | <input type="checkbox"/> 요실금 |
| <input type="checkbox"/> 당뇨병 | <input type="checkbox"/> 기타 : | |

7. 추가 조치 사항

- 없음 있음

☞ 성공적인 체중 조절을 위해서는 정기적인 관리가 필요합니다.

주치의 이름 / 서명 :

노인기능평가 문진표(만66·70·80세)

수검자성명		주민등록번호	
-------	--	--------	--

※ 추가 문진표는 해당 수검자만 작성해주시시오.

 노인기능평가 관련 문항(66세, 70세, 80세 해당)

1. 인플루엔자(독감) 예방접종을 매년 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

2. 폐렴예방접종을 받으셨습니까?

- ① 예 ② 아니요

3. 다음은 일상생활 수행능력에 대한 질문입니다.

아래 문항을 읽고 현재 상태에 해당하는 답에 O 표시를 해주십시오.

1) 음식을 차려주면 남의 도움 없이 혼자서 식사하십니까?

- ① 예 ② 아니요

2) 옷을 챙겨 입을 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

3) 대소변을 보기 위해 화장실 출입할 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

4) 목욕하실 때 남의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

5) 식사 준비를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

6) 상점, 이웃, 병원, 관공서 등 걸어서 갔다 올 수 있는 곳의 외출을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?

- ① 예 ② 아니요

4. 낙상에 관한 질문입니다. 지난 6개월간 넘어진 적이 있습니까?

- ① 예 ② 아니요

5. 배뇨장애에 관한 질문입니다. 소변을 보는 데 장애가 있거나 소변을 지릴 경우가 있습니까?

- ① 예 ② 아니요