

“피부염이 가족에 미치는 영향에 관한 설문지“ (DFI)

Child's Name:

Mother/Father/Carer Date:

Score

본 설문지는 지난 한 주 동안 귀 자녀의 피부 질환이 귀하 및 귀하 가족에 끼친 영향을 측정하기 위한 것입니다. 각 질문에 대해 하나의 박스에 ✓ 체크표시를 하십시오.

- | | | |
|--|-------------------------|--|
| 1. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 세탁, 청소와 같은 가사일 에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 귀하의 식사 준비 및 식사 (수유 포함)에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 3. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 다른 가족들의 수면 에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 4. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 수영과 같은 가족 여가 활동 에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 5. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 가족 쇼핑 시간 에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 6. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 치료, 의복과 같은 귀하의 지출 에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 7. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 부모 또는 간병인의 피로 또는 탈진 을 유발하는 데 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 8. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 우울증, 좌절감, 죄책감 같은 부모/간병인의 정서적 고통 을 유발하는 데 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 9. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 습진이 주 간병인과 배우자 사이의 관계 또는 주 간병인과 가족 내 다른 자녀 사이의 관계 에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 10. <u>지난 한 주 동안</u> , 귀 자녀의 치료를 돕는 일 이 주 간병인의 생활에 얼마나 영향을 끼쳤습니까? | 매우 많이
많이
조금
전혀 | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

모든 질문에 빠짐없이 응답 했는지 체크하십시오. 감사합니다.