



보편적 예방 프로그램을 위한 간단한 설문조사 v2 6~11세

본 설문조사에 시간을 내서 자발적으로 참여해 주셔서 감사드립니다. 저희가 제공하는 프로그램 관련 결정을 내리는 데 있어 귀하의 응답은 귀중합니다. 본 설문지의 아랫 부분과 본 뒷면의 질문에 답변해 주십시오. 귀하의 의견을 가장 잘 표현하는 답변을 선택하십시오. 정답이나 오답은 없습니다. 모든 답변은 익명으로 처리됩니다.

오늘의 날짜: _____ 이니셜: _____ 전화 번호의 마지막 네 자리 숫자 : _____

유의할 점: 누군가를 대신해서 답변하신다면, 해당 사람이 얼마나 동의하는지 표시하십시오.

	전혀 동의하지 않음 (1)	별로 동의하지 않음 (2)	그저 그렇다 (3)	다소 동의함 (4)	매우 동의함 (5)
	☹️	😐	🙂	😊	😄
1. 나는 미래가 희망적이라고 느낀다.	1	2	3	4	5
2. 나는 소속감을 느낀다.	1	2	3	4	5
3. 나는 나의 감정을 어떻게 다뤄야 하는지 알고 있다.	1	2	3	4	5
4. 나는 나의 생각을 어떻게 다뤄야 하는지 알고 있다.	1	2	3	4	5
5. 나는 어떻게 행동해야 하는지 알고 있다.	1	2	3	4	5
6. 나는 나 자신이나 나에게 소중한 사람을 위해 어떻게 도움을 받는지 알고 있다.	1	2	3	4	5

설문지를 뒷면 2페이지에서 답변을 작성하십시오 →

DMH 직원/계약자용:

제공자 / 기관 / 진행자:	<input type="checkbox"/> 단일 이벤트 <input type="checkbox"/> 사전 <input type="checkbox"/> 업데이트 <input type="checkbox"/> 올리기	세션 횟수:	점수:
프로그램 이름:		식별 코드:	

인구 통계학적 정보

질문에 답변하지 않으시려면, "답변 거부"를 표시하거나 질문을 비워 두십시오.

귀하의 민족적 배경은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택, 다민족인 경우 "둘 이상의 민족적 배경"을 체크하십시오.)	
히스패닉 또는 라티노 민족	
카리브인	
중앙아메리카인	
멕시코인/멕시코계 미국인 /치카노	
푸에르토리코인	
남미인	
기타: _____	
비 히스패닉 민족	
아프리카인	
아시아 인디언/남아시아인	
캄보디아인	
중국인	
동유럽인	
유럽인	
필리핀인	
일본인	
한국인	
중동인	
베트남인	
기타: _____	
둘 이상의 민족적 배경	
답변 거부	

귀하의 인종은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	
아시아인	
흑인 또는 아프리카계 미국인	
하와이 원주민 또는 기타 태평양섬 주민	
백인	
기타: _____	
둘 이상의 인종	
답변 거부	

귀하의 연령은 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
0-15세(어린이/청소년)	
16-25세(전환기 연령대 청소년)	
26-59세(성인)	
60세 이상(노인)	
답변 거부	

가정에서 가장 자주 사용하는 언어는 무엇입니까? (하나의 상자만 선택.)	
아랍어	
아르메니아어	
캄보디아어	
광둥어	
영어	
페르시아어	
몽족어	
한국어	
만다린어	
기타 중국어	
러시아어	
스페인어	
타갈로그어	
베트남어	
미식 수화	
기타: _____	
답변 거부	

당신의 지정 성별 또는 등록되어 있는 성별은	
남자	
여자	
X	
다른 범주 (예를 들어 간성): _____	
답하기를 원하지 않음	

귀하는 장애가 있습니까?*	
예	
아니오	
답변 거부	
장애가 있다면, 어떤 유형입니까? (하나 이상의 상자 체크 가능)	
지적 장애	
신체/운동 장애	
만성 건강 질병(만성 통증 포함)	
난시	
난청	
기타 의사소통장애: _____	
다른 유형의장애: _____	
답변 거부	
* 이 설문지에서, 장애는 6개월 이상 지속되고 주요 생활 활동을 제한하는 정신적 또는 신체적 장애로 정의되지만 심각한 정신 질환의 결과를 일컫는 것은 아닙니다.	