

이름/연구번호:

평가자 이름:

날짜:

인식 범주	계산	점수
질환 인식	Q1___	
증상 귀인	Q2___ + Q3___ ÷ 총 답변 숫자___ *  * 해당없음 질문 제외	
치료 필요성 인식	10 - Q4___	
부정적인 결과 인식	Q5___	
	부분합 (점수 합계)	
VAGUS-CR 총점	부분합 ÷ ___	