

記入日:西暦 年 月 日

こちらの問診票はご本人がご記入ください。お答えいただける範囲でかまいません。

ご本人が記入できない場合はご家族がご記入ください。

ご本人の氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 満 歳
学年	高校・専門学校・大学・その他() 年生

●どなたの希望で受診されましたか？

ご本人・ご家族・その他()

●相談したいこと、困っていることを教えてください。

●現在の症状についてあてはまるものに✓をつけてください。(複数回答可)

- ゲーム・スマホをやめられない
- よく眠れない
- 朝起きられない
- 昼夜逆転
- よく眠れない
- 疲れやすい
- 好きなことをしても楽しくない
- 気分が落ち込む
- よく涙が出る
- 世の中のことに興味がなくなった
- 考えが進まない
- 集中力がない
- テレビの内容が頭に入らない
- 自傷行為
- 死にたい気持ちがある
- 自殺企図
- イライラしやすい
- 焦りが強い
- 不安が強い
- 胸がドキドキする
- 息が苦しくなる
- 頭痛
- めまい
- 吐き気
- 腹痛・下痢・便秘
- 食欲がない
- 食欲がありすぎる
- 自ら吐くことがある
- 確認する癖がある
- 同じ行動を繰り返してしまう
- 親とけんかになる
- 暴力をふるってしまう
- 音に敏感
- 誰かに見張られている気がする
- 周囲の人に悪口を言われている
- 月経不順・無月経
- 月経前に調子が悪くなる

●趣味や好きなことについてあてはまるものに✓をつけて、具体的に教えてください。(複数回答可)

- スポーツ ()
- 音楽 ()
- ゲーム ()
- SNS ()
- 読書 ()
- ものづくり ()
- 勉強 ()
- その他 ()

●勉強についてお聞きします。それぞれ該当するものに○をつけてください。

- ・国語 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・数学 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・英語 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・社会 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手
- ・理科 … 得意 ・ 普通 ・ 苦手

●診察についてご希望やご質問がありましたら教えてください。

●あなたの状態を教えてくださいのために簡単な心理検査(CES-D Scale)にお答えください。あまり考えこまず、だいたいの“感じ”でお答えいただいて大丈夫です。

この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。下の20の文章を読んで下さい。各々のことごとについて

◎ もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [A]

◎ 週のうち1～2日なら [B]

◎ 週のうち3～4日なら [C]

◎ 週のうち5日以上なら [D]

のところを○でかこんで下さい。

◆回答アドバイス◆

「No」 = 「ない」 に○ ⇔ 「Yes」 = 「5日以上」 に○

という感じでお考えください

	ない	1～2日	3～4日	5日以上	
1. 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D	
2. 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D	
3. 家族や友達からはげましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D	
4. 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D	
5. 物事に集中できない。	A	B	C	D	
6. ゆうつだ。	A	B	C	D	
7. 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D	
8. これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D	
9. 過去のことについてくよくよ考える。	A	B	C	D	
10. 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D	
11. なかなか眠れない。	A	B	C	D	
12. 生活について不満なくすごせる。	A	B	C	D	
13. ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D	
14. 一人ぼっちでさびしい。	A	B	C	D	
15. 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D	
16. 毎日が楽しい。	A	B	C	D	
17. 急に泣きだすことがある。	A	B	C	D	
18. 悲しいと感じる。	A	B	C	D	
19. 皆が自分をきらっていると感じる。	A	B	C	D	
20. 仕事が手につかない。	A	B	C	D	