

氏名(ふりがな)

日付 年 月 日

あてはまる項目に○をつけてください。

この2週間

1. 毎日のように、ほとんど1日中ずっと気分が沈んでいた。
2. 何に対しても興味がわかず、楽しめなかった。
3. 毎日のように、食欲が低下、または体重の減少が激しかった。
4. 毎晩のように、寝付けないとか、夜中や早朝に目が覚めた。
5. 毎日のように、動作や話し方が遅かったり、いらいらしたり、落ち着きがなかった。
6. 毎日のように、疲れを感じたり、気力がわかなかった。
7. 毎日のように、自分には価値が無いとか、申し訳がないと感じていた。
8. 毎日のように、仕事や家事に集中したり、決断したりすることが出来なかった。
9. 自殺やこの世から消えてしまいたいと思うことが繰り返しあった。

※これらの個人情報は、当院での診療目的以外には使用いたしません。