

うつ病チェックリスト

自分や周りから見て以下のような状態がここ2週間であれば○をして下さい。

1. 憂うつな状態（注：子どもや若者の場合はイライラする状態もあります）がほとんど1日中、ほとんど毎日のように続いていますか？	
はい	
いいえ	
2. すべてか、ほとんどすべての活動に対する興味がなくなる、またはやっても喜びを感じない状態が、ほとんど1日中、ほとんど毎日のように続いていますか？	
はい	
いいえ	
3. 食事療法をしていないのに、著しく（1ヶ月に体重の5%以上）体重が増えたり、逆に減ったりしていますか？また、ほとんど毎日のように食欲がないか、逆に増したりしていますか？	
はい	
いいえ	
4. ほとんど毎日のように眠れないか、逆に寝過ぎることがありますか？	
はい	
いいえ	
5. ほとんど毎日のように、じりじりそわそわする、あるいは頭が回らない・動けないという状態ですか？	
はい	
いいえ	
6. ほとんど毎日のように疲労を感じる、または気力が落ちていますか？	
はい	
いいえ	
7. ほとんど毎日のように自分を価値のない人間と感じたり、罪や責任の意識を過度に感じたりしますか？	
はい	
いいえ	
8. ほとんど毎日のように思考力や集中力が低下し、決断が困難となっていますか？	
はい	
いいえ	
9. 死について繰り返し考える、計画はしないものの自殺のことを繰り返し考える、自殺を漠然ともしくは具体的に計画することはありますか？	
はい	
いいえ	

ご質問は以上です。ありがとうございました。