

全般的な不安障害チェックリスト

以下の項目で当てはまるものに○をしてください

| | |
|--|--|
| 1. 仕事や勉強など多くの出来事、または活動について過剰な不安と心配が、最近6ヶ月間で、起こる日のほうが起こらない日より多い | |
| はい | |
| いいえ | |
| 2. 上記の不安と心配を自分でコントロールすることが難しいと感じる | |
| はい | |
| いいえ | |
| 3. 不安と心配は、下記の6つの症状※のうち3つ以上が伴い、過去6ヶ月間に当てはまる日のほうが、当てはまらない日より多い | |
| はい | |
| いいえ | |
| ※症状（以下の項目で当てはまるものに○をしてください） | |
| 落ち着きのなさ・緊張感・過敏 | |
| 疲れやすさ | |
| 集中困難・心の空白 | |
| いらだたしさ | |
| 筋肉の緊張 | |
| 寝つきが悪い・途中で目が覚める・ぐっすり眠れない | |
| 4. 不安・心配・身体症状のために、著しい苦痛を感じますか？ | |
| はい | |
| いいえ | |
| 5. 不安・心配・身体症状のために、社会的・職業的に、またはその他重要な領域で支障をきたしていますか？ | |
| はい | |
| いいえ | |

ご質問は以上です。ありがとうございました。