

# 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も多い	
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も多い	
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。