

初診問診票②

あなたの状態を教えてください。以下の質問にチェック(☑)してください。

寝つきが悪い、途中で目が覚める。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
あまり眠れていなくても、平気だった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
何をしても疲れやすい。やる気が出ない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
食欲がない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
性欲がない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
体に不調を感じたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
けいれん・ひきつけを起こしたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
気持ちが落ち込んだり、憂うつになる。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
なんとなく不安で、イライラしやすい。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
不安で仕方がない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
落ち着かないことが多い。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
自信が持てない。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
興味や意欲が持てなくなった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
友人や職場の人と話したくなくなる。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
急に涙ぐんだり、泣きたくなる。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
若い頃は元気で活動的だった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
死んだ方がまし、あるいは、自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない
身の回りの人と、うまくやっていくことが困難になった。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらでもない