

大分トライアル メンタルヘルスチェック票

産婦氏名		生年月日 (西暦)	(西暦)	年	月	日生(歳)
住所		健康診査年月日 (西暦)	(西暦)	年	月	日

あなたの最近の調子についてお答えください。

① 現在、心の調子はいかがですか。

よい ・ ふつう

よくない(内容)

② これまでにカウンセラーや心療内科や精神科等に相談したことがありますか。

はい(施設名) ない

③ 現在、カウンセラーや心療内科や精神科等に相談をしていますか。

はい(施設名) ない

*常用しているお薬がありますか。

ない ある : 睡眠薬 安定剤 わからない薬 その他

お薬の名前がおわかりであれば、ご記入ください。

()

④ 悩んだり心配があるときに、相談する人がいますか。

はい ・ いいえ

⑤ 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか。

はい ・ いいえ

⑥ 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか。

はい ・ いいえ

⑦ 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありましたか。

はい ・ いいえ

⑧ 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することが止められない、または心配をコントロールできないようなことはありましたか。

はい ・ いいえ