

大うつ病 (ICD-10) 評価表

氏名 _____ 検査施行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検者 _____

以下の質問は、最近2週間のあなたの状態についてお尋ねするものです。あなたの状態に最も近い□をチェックしてください。得点が高いほど、抑うつ の程度が高いことを示します。

この2週間のうち、どのくらいの期間・・・		い つ も	い つ も ど	少 し 多 く の 期 間 を	半 分 よ り 少 し な い 期 間 を	半 分 よ り 少 し な い	た ま ん に	ま っ た く な い
1	気持ちが沈み込んだり、悲しくなったりすることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
2	日常生活に興味をもてないと感じることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
3	気力がないとか、疲れやすいと感じることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
4	以前より自信がなくなったと感じることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
5	自分を責めたり、自分が悪いと感じたりすることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
6	人生には生きる価値がないと感じることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
7	たとえば新聞を読んだり、テレビを見たりするときに、集中できないと感じることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
8a	気持ちがひどく落ち着かなくなるすることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
8b	話し方や動作が遅くなったと感じることがありましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
9a	睡眠が少なすぎることを感じましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
9b	睡眠が多すぎることを感じましたか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
10a	以前より食欲が低下して困ったことがありますか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	
10b	以前より食欲が増加して困ったことがありますか。	5□	4□	3□	2□	1□	0□	