

(注意) : 複数選択: 単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

**凡例** 入力項目分類 (数字は入力優先順位)

1. 毎回入力項目 : 2重括弧 (毎回入力をしていただく項目)
2. 変更のみ入力項目 : 1重括弧 (前回からのデータ変更及びデータ追加があれば入力していただく項目)
3. 1回のみ項目 : 括弧なし (1回のみ入力すればよい項目)

## 日付項目

「不明」にチェックする場合 : プロジェクト開始以前のため、カルテ等で遡れない場合のみにして下さい。  
 年月のみ判明している場合 : 年月は判明している情報を、日は「不明」を入力して下さい。

追加

1回の入力でシートを追加して入力可能

前回の内容をコピー

前回調査の入力をコピーして入力可能

**(疾患) うつ病**

疾患の定義 : 精神疾患の診断・統計マニュアル テキスト修正第4版 (DSM-IV-TR) の大うつ病エピソードの診断基準 (American Psychiatric Association, 2004) に基づく (日本うつ病学会治療ガイドライン 2012 を参照)

または、すでにうつ病と診断され、薬物治療等を行われている。

問診に使用した参考文献 : M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0. (2003)

うつ病診断時期 [ ]年 [ ]月 [ ]日  不明

前回の内容をコピー

大うつ病エピソード	現在	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施
	過去	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施
メランコリー型の特徴を伴う大うつ病エピソード				
	現在	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施
(軽) 躁病エピソード	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施	
	「はい」の場合			
	<input type="radio"/> 現在			
	<input type="radio"/> 過去			
躁病エピソード	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施	
	「はい」の場合			
	<input type="radio"/> 現在			
	<input type="radio"/> 過去			
パニック障害	生涯	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施
	「いいえ」の場合			
	症状限定発作	現在	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	現在	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施
広場恐怖	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未実施	

(注意) □: 複数選択

○: 単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

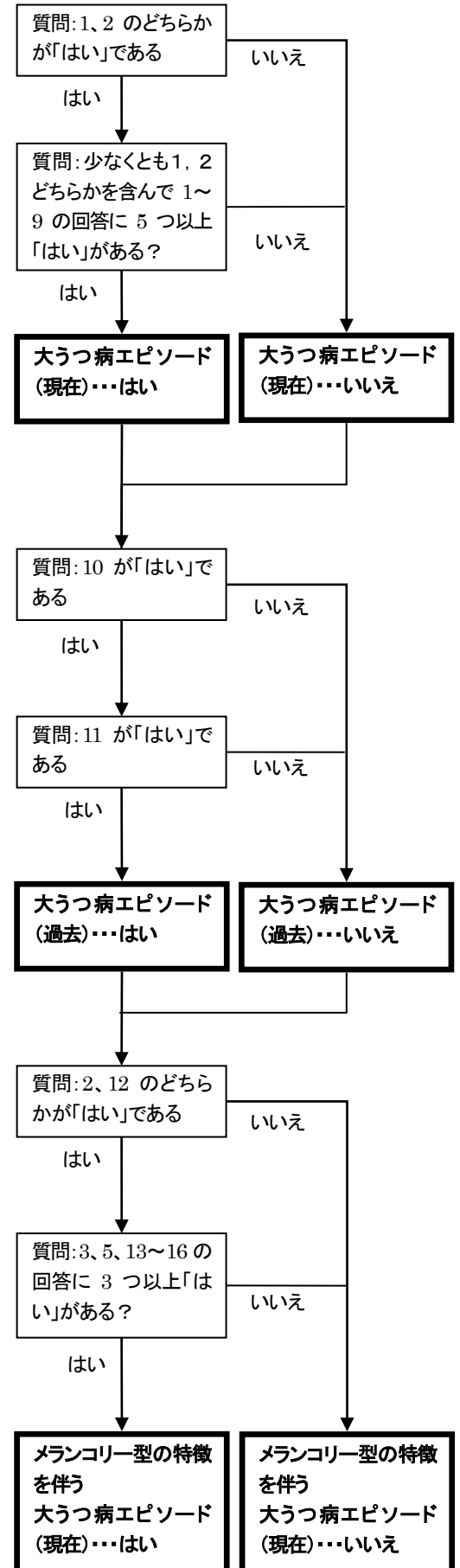
## うつ病問診 : 大うつ病エピソード

M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0.(2003)(より抜粋、改変)

1	この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	はい	いいえ
2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	はい	いいえ

### 憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた期間

3	毎日のように、食欲が低下、または増加していましたか？ または、自分では意識しないうちに、体重が減少、または増加しましたか（例：1ヶ月間に体重の±5%、つまり70kgの人の場合、±3.5kgの増減）？ 食欲の変化か、体重の変化のどちらかがある場合、「はい」に○をつける。	はい	いいえ
4	毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？	はい	いいえ
5	毎日のように、普段に比べて話し方や動作が鈍くなったり、またはいらいらしたり、落ち着きがなくなったり、静かに座っていられなくなりましたか？	はい	いいえ
6	毎日のように、疲れを感じたり、または気力がないと感じましたか？	はい	いいえ
7	毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	はい	いいえ
8	毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	はい	いいえ
9	自分を傷つけたり自殺することや、死んでいればよかったと繰り返し考えましたか？	はい	いいえ
10	今までに、現在の憂うつな期間とは別に、それと同じ様な憂うつを認めた期間が、2週間以上ありましたか？	はい	いいえ
11	現在の憂うつな期間と、その前の憂うつな期間の間に、憂うつを認めない期間が少なくとも2カ月間ありましたか？	はい	いいえ
12	最近でもっとも憂うつが強かった時、以前ならとても楽しめたり、元気づけられたことに対して反応しにくくなっていましたか？ 「はい」の場合、以下の質問もする：何かとても良いことがあっても、一時的にさえ、より良い気分となりませんでしたか？	はい	いいえ
13	その憂うつな気分は、親しい人が亡くなった時に感じる感情とは異なりましたか？	はい	いいえ
14	毎日のように、きまって朝の方が気分が悪くなりましたか？	はい	いいえ
15	毎日のように、いつもより2時間以上早く目が覚めて、また寝つくのが大変でしたか？	はい	いいえ
16	罪の意識を強く感じすぎたり、現実とはまったく調和していない罪の意識を感じましたか？	はい	いいえ



(注意) □: 複数選択

○: 単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

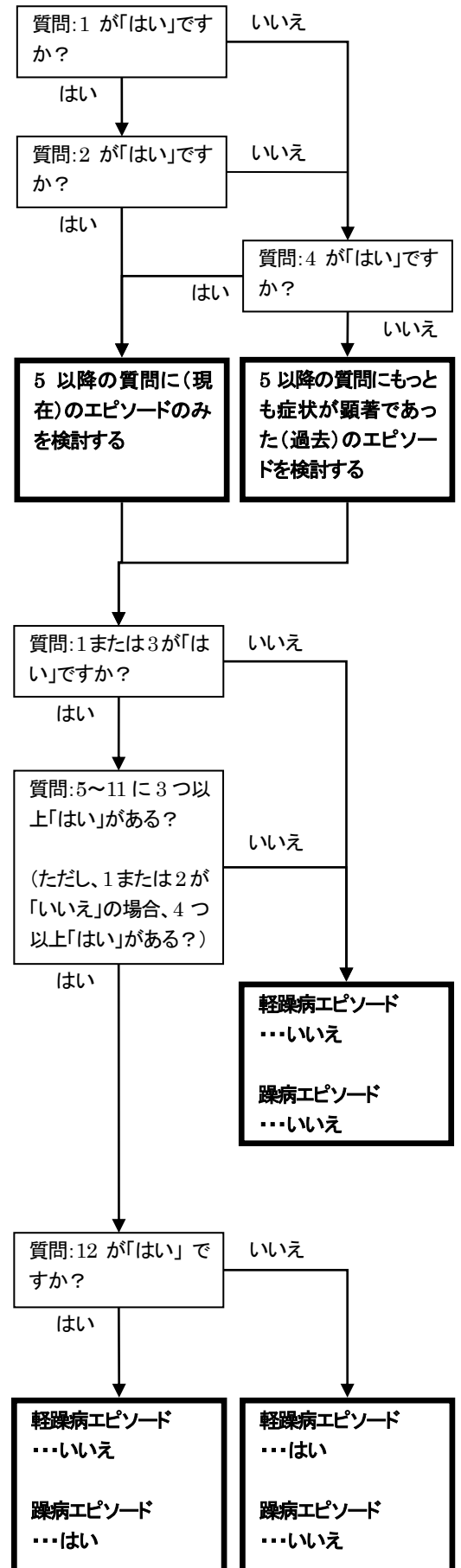
## うつ病問診 : (軽)躁病エピソード

M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0.(2003)(より抜粋、改変)

1	今までに、「気分がいい」とか「調子が高い」と感じたことがありますか？ または、トラブルに巻き込まれたり、周りの人からいつものあなたではないと言われるほど、活気に満ちて、自信にあふれている期間がありましたか？ (薬物を使用したり、アルコールに酔っていた時は、考慮しないでください) 「気分がいい」とか「調子が高い」ということは、有頂天になって、活力が増して、あまり眠らなくても平気になって、頭の回転が速くなって、次々と考えが浮かんで、生産性、やる気、創造力が増大して、衝動行動が増えることを意味しています。	はい	いいえ
2	現在、「気分がいい」とか「調子が高い」、または活気に満ちていると感じますか？	はい	いいえ
3	今までに、口論や、口喧嘩や、殴り合いの喧嘩をしたり、家族以外の人を怒鳴りつけたりするほどに、何日間か続けて怒りっぽかったことがありましたか？たとえ、あなたが正しいと感じる状況であっても、あなたが普段より怒りっぽかったり、大げさに反応していることを自分で気付いたり、周囲の人に指摘されたことがありましたか？	はい	いいえ
4	現在、持続的に怒りっぽい感じがありますか？	はい	いいえ

5以降は1~4の結果によって、現在または過去のどちらかを検討する。  
調子が高い、活力が満ちている、または、怒りっぽく感じていた期間

5	他人ができないことができると感じたり、自分が特別重要な人物であると、感じたことがありましたか？	はい	いいえ
6	あまり眠らなくても大丈夫に（たとえば、2~3時間の睡眠だけで、よく休めたと感じる）になりましたか？	はい	いいえ
7	切れ目なくしゃべりすぎたり、周りの人が分かりづらいうほど早口で話しましたか？	はい	いいえ
8	いくつもの考えが競い合ってわいてくるような感じがありましたか？	はい	いいえ
9	ちょっとした刺激で注意がそらされるほど、集中できませんでしたか？	はい	いいえ
10	周囲の人が心配するほど、活動的となったり、休みなく動き回りましたか？	はい	いいえ
11	危険や、結果をかえりみないほど、快楽を得るための行動に夢中になりましたか？（たとえば、浪費、むちゃな運転、性的無分別など）？	はい	いいえ
12	これらの症状は、少なくとも1週間続き、かつ、そのために家庭、仕事、社会、学校で明らかな問題がありましたか？または、これらの問題のために入院しましたか？	はい	いいえ



(注意) □: 複数選択

○: 単一選択

文字列入力( )

数字入力[ ]

## うつ病問診 : パニック障害と広場恐怖

M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0.(2003)(より抜粋、改変)

1	大抵の人には何でもないのである状況で、突然、不安、おびえ、居心地の悪さ、息苦しさを覚えるような発作を2回以上経験したことがありますか?	はい	いいえ
2	その発作は10分以内に頂点に達しましたか?	はい	いいえ
3	今までに経験した発作の中で、突然で、予測がつかなかったり、理由もはっきりしないような状況で起こったものがありましたか?	はい	いいえ
4	そのような発作の後、次の発作が起こるのではないかと恐怖や、発作の後起こる状況についての心配が、1カ月以上ずっと続きましたか?	はい	いいえ

### 思い出すことのできる最悪の発作の間

5	動悸や、脈が速くなったり、強く打つのを覚えましたか?	はい	いいえ
6	手のひらに汗をかいたり、冷や汗をかきましたか?	はい	いいえ
7	身震い、または手足の震えがありましたか?	はい	いいえ
8	息切れ感、または息苦しさを覚えましたか?	はい	いいえ
9	窒息感、または喉に詰まった感じがありましたか?	はい	いいえ
10	胸の痛み、胸の圧迫感、または胸に不快感がありましたか?	はい	いいえ
11	吐き気、胃部の不調、突然の下痢がありましたか?	はい	いいえ
12	めまい、ふらつき、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなるような感じがありましたか?	はい	いいえ
13	周囲が奇妙で、現実感がなく、遠く離れたような、ピンとこない感じがしたり、自分自身の外にいるような、自分自身の体から部分的にあるいは全体的に離れてしまったような感覚がありましたか?	はい	いいえ
14	コントロールを失ったり、気が狂ってしまいそうな恐怖がありましたか?	はい	いいえ
15	死んでしまうという恐怖がありましたか?	はい	いいえ
16	体の一部がうずいたり、しびれたりしましたか?	はい	いいえ
17	ほてったり、寒気を感じたりしましたか?	はい	いいえ
18	ここ1カ月間に、今まで述べてきたような発作を2回以上繰り返し、しかもその後発作がまた起こるのではないかと恐怖をずっと感じていましたか?	はい	いいえ
19	不安、おびえ、息苦しきなどの発作が起こっても、助けが得られなかったり、逃げるのが困難な場所や状況、たとえば、混雑の中にいる時、列に並んでいる時、家から遠く離れて1人である時、家に1人である時、または橋を渡っている時、バス、電車、車で移動している時などにおいて、不安や心配を感じたことがありますか?	はい	いいえ
20	その状況をとても恐れて、意図的に避けたり、じっと我慢したり、誰かと一緒じゃないと行けないというようなことありましたか?	はい	いいえ

