

子どもの氏名 年齢 質問した日 月 日  
 事件・事故が生じた日 年 月 日 事件後の日数：

(実施に際しての注意事項)

- 1) 症状が全く体験されていない場合は、空欄にしておきます。( \_ \_ \_ )
- 2) ととき症状が現れている場合には、1 に x を書きます。( x \_ \_ )
- 3) 症状が頻繁に現れている場合は、1 と 2 に x を書きます。( x x \_ )
- 4) 3 の 欄は、PTSDの状況変化についてです。

始めてこの調査を行うときは空欄。

- ・ 前回の調査以後、全く症状が消失した場合には ( 0 )
- ・ 前回の調査以後、少し症状が改善した時は ( + )、とても改善した時は ( ++ )
- ・ 前回の調査以後、少し症状が悪化した時は ( - )、とても悪化した時は ( = )
- ・ 前回の調査以後、症状に変化がない時は ( ) 空欄にしておきます。

1	2	3	回答者は、以下の質問の症状を経験していますか？
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その出来事以来、ひどく落ち込んだり、悲しかったりする。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その出来事のフラッシュバック(突然、場面が思い出す)がある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	持病とは関係なく、吐き気がする。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食欲の極端な低下や増加が続いている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	突然、ぼーっとしたり、立ち尽くしたりしてしまう。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	予期しない場所(教室、街中など)で、急に泣き出してしまう。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	何も感じていないようで、悲しくないし、楽しくない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	学校や家で宿題や仕事を仕上げる集中力が足りない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠のパターン(眠る時間や頻度など)が変わったまま直らない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	悪夢や突然目がさめてしまって、熟睡できない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事件以後、興奮状態が続いている(感情の浮き沈みが激しい)。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	何かに怯えたような極度の不安と神経質な様子がある。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	活気を極端に失ったり、慢性的にふらふらする感じがする。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生活の中での楽しみを失っており、まるで「ただ動いているだけ」。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ものごとの詳細を、思い出せない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	時間や時刻の感覚が混乱している。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	急に息ぐるしくなる。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「閉じ込められた」感覚や、人ごみから逃げ出したい気持ちがする。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	希望を失ってしまったり、将来が想像できない気持ち。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つらいできごとを思い出すような話を極端にいやがる。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外傷体験についての重要なことや詳細を思い出せない。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	同じ出来事について、極度の恥じや罪を意識を感じている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	以前は楽しめた活動にまったく興味がなくなってしまった。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自分ではコントロールできないようなものすごい怒りを感じる。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つらい出来事のある瞬間を定期的におもいだしている。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在の状況に関係なく突然に気持ちが揺れてしまう。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人と親密な関係になりにくい(親友、恋愛、家族、職場等)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日常の決まった通常の生活に耐えがたい(学校、家庭、運転など)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	事件に関係するもの、場所、人への極端な恐怖心(ナイフ、車等)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自分の考えや認識や行動が「へん」になってゆくような恐怖心。
症状の合計 ( )			ととき ( ) : 変化なし ( ) 悪化 ( ) 消失 ( ) 頻繁にある ( ) : 変化なし ( ) 悪化 ( ) 消失 ( )

---

## 子どものPTSDチェックシートの使い方

これは、お子さんが具体的にどのようなPTSD症状を現しているか確かめるために用います。（経過を追うこともできます。）

一つ一つの症状に対してどの様に対応すればお子さんが落ち着けるかを考えるための手がかりです。

もし対応の仕方がわからなくて不安になったら、遠慮しないで専門家にご相談ください。親御さんが不安や焦りを感じているとお子さんも影響を受けます。まず親御さん自身が落ち着けるよう専門家（精神科医や臨床心理士など）に相談しましょう。

---



プリントアウトしてご利用の際には[PDFファイル](#)をご利用ください。

---