

# パニック障害 セルフチェックシート

- ◆本チェックシートは、パニック障害のさまざまな症状を考慮して作成しております。
- ◆医療機関を受診するときに、現在の症状を記録して持参していただくと、診察の参考になります。

## ご注意

- \*このチェックシートは、医師に相談するときに、症状を的確に伝えるためのものです。
- \*診断結果をあらわすものではございませんので、印刷してチェックするなどして、受診のときにお役立てください。

## 1. 次の質問に対して、あなたやご家族の今の状態にあてはまる回答に○をお付けください。

1	心臓がドキドキして、動悸が早まる、心拍数があがる	
2	てのひらや全身に汗が出る	
3	身体や手、足が震える	
4	息切れがしたり、息苦しさがある	
5	のどに何かつまったような窒息感がある	
6	胸の痛み、圧迫感や胸のあたりの不快感がある	
7	吐き気、おなかのあたりの不快感がある	
8	めまい、ふらつく感じや、または気が遠くなる感じがする	
9	今、起こっていることが現実でないような感じ、自分が自分でないような感じがする	
10	自分のコントロールを失うこと、またはどうにかなってしまうのではないかとこの恐れがある	
11	このまま死んでしまうのではないかとこの恐怖を感じる	
12	からだの一部がジンジン、ビリビリとしびれたり、うずきを感じる	
13	冷たい感じや寒気、またはほてった感じや熱っぽい感覚がある	

※参考：高橋三郎ほか：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版 医学書院 171, 2014

## 2. その症状について、以下の質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。

1	同時に4つ以上の症状が起きた	はい / いいえ
2	発作が始まってから10分以内でピークに達した	はい / いいえ
3	発作は5～20分くらいでおさまった(長くても1時間程度)	はい / いいえ
4	発作は、何回も繰り返した	はい / いいえ
5	病院で検査を受けても、身体の異常はみつからなかった	はい / いいえ

## パニック障害 セルフチェックシート

### 3. 話したいことを書き出してみよう。

医師が患者さんのお話を耳を傾けていても、その場で言葉にするのは難しいものです。

落ち着いた状況で、ご自身やご家族の状態を自由に書き出してみよう。

ふりがな		
氏名:	年齢: 歳	生年月日: T/S/H 年 月 日
住所: 〒 -		
職業:	ご自宅番号 / 携帯番号: - -	

下記医療機関までお持ちいただくと、参考にさせていただきます。



運営: たかはし心のクリニック  
〒564-0051  
大阪府吹田市豊津町1-31 ヨシタケビル6F  
06-6310-6985  
<http://takahashi-cocoro.jp>

[osaka-cocorocare.com](http://osaka-cocorocare.com)