

CES-D

氏名 _____

検査日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- A ないかあってもほんの少し この週間でまったくないか、あっても1日足らず
 B 少し この1週間で1～2日
 C かなり この1週間で3～4日
 D ほとんど この1週間で5日以上

1	普段は何でもないことで困る。	A	B	C	D
2	食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3	家族や友人に助けてもらってもゆううつな気分を払いのけることができない。	A	B	C	D
4	私は他の人と同じくらいよい人間だ。	A	B	C	D
5	物事に集中することができない。	A	B	C	D
6	落ち込んでいる。	A	B	C	D
7	何をするのもめんどうだ。	A	B	C	D
8	将来に希望がある。	A	B	C	D
9	自分の人生は失敗だったと思う。	A	B	C	D
10	何か恐ろしく感じる。	A	B	C	D
11	熟眠できない。	A	B	C	D
12	幸せだ。	A	B	C	D
13	いつもより口数が少ない。	A	B	C	D
14	さびしいと感じる。	A	B	C	D
15	他の人は私にやさしくない。	A	B	C	D
16	楽しい生活だ。	A	B	C	D
17	泣き続けることがある。	A	B	C	D
18	悲しい。	A	B	C	D
19	人は私を嫌っていると思う。	A	B	C	D
20	何かを始めることができない。	A	B	C	D