

ストレス自己診断表

記入年月日 年 月 日

所属名	職名	氏名
-----	----	----

I ストレスチェック（以下の1から30であてはまるものにチェックしてください。）

- ☐ 1 頭がすっきりせず重く感じる。
- ☐ 2 目が疲れやすくなった。
- ☐ 3 臭いに過敏又は鈍感になった。
- ☐ 4 めまいを感じるが増えた。
- ☐ 5 時々、立ちくらみがする。
- ☐ 6 耳鳴りが増えた。
- ☐ 7 以前と比べて口内炎ができやすくなった。
- ☐ 8 のどのつまりや痛みを感じる。
- ☐ 9 舌の表面が白くなることが多い。
- ☐ 10 今まで好きだったものでも食べたいと思わなくなった。
- ☐ 11 食後に胃がもたれる。
- ☐ 12 下痢や便秘をすることが多い。
- ☐ 13 肩のこりがとれず、頭も痛い。
- ☐ 14 背中や腰が痛みやすくなった。
- ☐ 15 なかなか疲れがとれなくなった。
- ☐ 16 食欲がなく体重も減っている。
- ☐ 17 暴飲暴食をすることが増えた。
- ☐ 18 朝、布団からすぐ出られない。
- ☐ 19 仕事に対してやる気が出ず、集中力もない。
- ☐ 20 夜なかなか寝付けない。
- ☐ 21 夢ばかり見て、熟睡できない。
- ☐ 22 夜中の1時、2時頃に目がさめて、そのあと寝付けないことが多い。
- ☐ 23 急に息苦しくなることがある。
- ☐ 24 しばしば動悸がする。
- ☐ 25 胸がしめつけられるように苦しくなることがある。
- ☐ 26 風邪をひきやすく、なかなか治らない。
- ☐ 27 ちょっとしたことイライラする。
- ☐ 28 以前よりも手足が冷えやすい。
- ☐ 29 以前よりも手のひらや脇の下に汗をかく。
- ☐ 30 以前に比べ、人と会うのがおっくうである。

【 1988 年 桂 戴作氏 作成のものを 2020 年 千葉県精神保健福祉センター長 林 偉明氏 改編 】

II 自己診断（Iのストレスチェックの結果からストレス度について判定してください。）

- A：0から5の人は ・ ・ ・ 正常範囲です。 ※アドバイスは目安です。
- B：6から10の人は ・ ・ ・ 軽ストレス ⇒ ときには休養が必要です。
- C：11から20の人は ・ ・ ・ ストレス ⇒ 一度、医師に相談してみましょう。
- D：21から30の人は ・ ・ ・ ストレス強 ⇒ 医療機関の受診を勧めます。

III 面接相談の希望 （ 有 ・ 無 ）