

子どものトラウマに関するスクリーニング質問票

トラウマ的な出来事が起こってから、次のようなことがあったかどうかを教えてください。

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. 出来事について考えたり思い出したくないのに、そうしてしまうことがよくありますか。 | はい | いいえ |
| 2. 出来事について嫌な夢を見ることがありますか。 | はい | いいえ |
| 3. 出来事がまた起ころうとしているかのように感じたりふるまったりすることがありますか。 | はい | いいえ |
| 4. 出来事を思い出すと身体が反応する（心臓がドキドキする、胃がむかむかする、汗ばむ、めまいがする）ことがありますか。 | はい | いいえ |
| 5. 寝つきが悪い、または夜中に目が覚めてしまうことがありますか。 | はい | いいえ |
| 6. 機嫌が悪い、またはカッとなることがありますか。 | はい | いいえ |
| 7. 出来事を思い出すと動揺することがありますか。 | はい | いいえ |
| 8. 物事に集中できないことがありますか。 | はい | いいえ |
| 9. 自分や他の人に危険なことが起こるかもしれないと警戒していますか。 | はい | いいえ |
| 10. 不意にまたは突然何かが起こると、どきっとすることがありますか。 | はい | いいえ |

©2006

この質問票は著作権登録済みであり、いかなる形式でも複製は禁じられています。
複製を希望する場合は下記へお問い合わせのうえ許可を得てください。

Justin Kenardy <j.kenardy@uq.edu.au>