

# 「強さと困難さアンケート」

S 18+

以下のそれぞれの質問項目について、あてはまらない、まああてはまる、あてはまる、のいずれかのボックスにチェックをつけてください。答えに自信がなくても、全部の質問に答えてください。あなたのここ半年くらいのことを考えて答えてください。

あなたの名前： .....

あなたの性別： 男／女

あなたの誕生日：.....年.....月.....日

あてはまらない      まああてはまる      あてはまる

	あてはまらない	まああてはまる	あてはまる
私は、他人に対して親切にするようにしている。私は、他人の気持ちをよく考える。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、おちつきがなく、長い間座ってられない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、よく頭やお腹がいたくなったり、気持ちが悪くなったりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、他人と、よく分け合う（例えば、食べ物や飲み物）。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、ひどくかっとなったり、よくかんしゃくをおこす。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、誰かと一緒にいるよりも、一人でいる方がよい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、だいたい他人が望むとおりのことをすすんでする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、心配性だ。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、誰かが心を痛めていたり、落ち込んでいたり、嫌な思いをしているときなど、すすんで助ける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、いつもそわそわしたり、もじもじしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、仲の良い友だちが少なくとも一人はいる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、よくけんかをする。相手を自分の思う通りにすることができる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、おちこんで憂鬱になったり、涙ぐんだりすることがよくある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、他人から、だいたい好かれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、すぐに気が散りやすく、注意を集中できない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、新しい場面に直面すると不安になり、自信をなくしやすい。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、子どもたちに対してやさしくしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、よくうそをついていると言われたり、ごまかしたりしていると責められたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、他人から、からかわれたり、いじめられたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、自分からすすんで他人（家族、友人、同僚）を助ける。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、よく考えてから行動する。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、学校や職場、その他のところから、自分の物ではないものを持ってきてしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、同年代の人より、年上の人の方がうまくいく。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、こわがりで、すぐにおびえたりする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私は、ものごとを最後までやりとげ、集中力もある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

この他にご意見やご心配事がありますか？

裏面をご覧ください。裏面にもいくつかの質問があります。

全体的に、あなたは、下記のいずれか1つ以上の領域において困難を抱えていますか？  
：情緒、集中力、行動、他人とのつきあい

	はい - ちょっとした 困難	はい - 間違いなく 困難	はい - 深刻な 困難
いいえ			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「はい」と答えた場合、それらの困難に関する以下の質問にもお答えください。

• それらの困難はどれくらい続いていますか？

1か月未満	1～5か月	6～12か月	1年以上
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• それらの困難によってあなたは動揺したり、悩んだりしていますか？

全く あてはまらない	少しだけ あてはまる	まあ あてはまる	かなり あてはまる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• それらの困難によって、以下の領域であなたの日常生活は妨げられていますか？

	全く あてはまらない	少しだけ あてはまる	まあ あてはまる	かなり あてはまる
最も親しい人たち（例えば、家族、 パートナー）とうまくやっていくこと	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
友だちをつくり、維持すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事や勉強	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
趣味、スポーツ、あるいは他のレジャー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• それらの困難はあなたの周りの人（家族、友だちなど）にとって負担になっていますか？

全く あてはまらない	少しだけ あてはまる	まあ あてはまる	かなり あてはまる
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたの署名： .....

今日の日付： ..... 年 ..... 月 ..... 日

ご協力どうもありがとうございました。