

# パニック発作 問診票

突然に恐怖や強烈な不快感が沸き起こったことがありますか？

<input type="checkbox"/>	はい
<input type="checkbox"/>	いいえ

上の質問が「はい」の人は、下の質問にお答えください。

そのときに次に挙げるような症状がありましたか？あったものに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	動悸、心悸亢進、心拍数の増加
<input type="checkbox"/>	発汗
<input type="checkbox"/>	身ぶるい、ふるえ
<input type="checkbox"/>	息切れ感、息苦しさ
<input type="checkbox"/>	窒息感
<input type="checkbox"/>	胸痛、胸部の不快感
<input type="checkbox"/>	吐きけ、腹部の不快感
<input type="checkbox"/>	めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、気が遠くなる感じ
<input type="checkbox"/>	冷感、熱感
<input type="checkbox"/>	異常感覚(感覚麻痺、うずき感)
<input type="checkbox"/>	現実感の消失、自分ではない感じ(離人感)
<input type="checkbox"/>	とんでもないことをするのではないかという恐怖、気が狂うのではないかという恐怖
<input type="checkbox"/>	死ぬのではないかという恐怖

4つ以上の症状を伴うのがパニック発作

# パニック障害 問診票

発作はどのくらい繰り返されましたか？どのくらいの頻度で生じましたか？

------------------

発作がまた起きるのではないかという不安が1ヶ月以上、続きましたか？

<input type="checkbox"/>	はい
<input type="checkbox"/>	いいえ

発作で、自分がどうにかなってしまうのではないかと心配することが1ヶ月以上、続きましたか？

例：気が狂うのではないか。心臓発作を起こすのではないか。コントロールできなくなるのではないか

<input type="checkbox"/>	はい
<input type="checkbox"/>	いいえ

発作が生じるようになってから、何かを避けるなど、それまでの行動を変えましたか？

------------------