

学校コード

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

心とからだの健康観察 (31 項目版)

今日は 2019 年

--	--

 月

--	--

 日

--

 中学校

--

 高校

フリガナ	姓	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		性別	<table border="1"><tr><td></td></tr></table> 男	
名	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																		<table border="1"><tr><td></td></tr></table> 女			
名前	姓	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																名	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			

生年月日	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 年					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 月			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 日			クラス	<table border="1"><tr><td></td></tr></table> 年		<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 組			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> 番		

この1週間(先週から今日まで)に、つぎのことがどれくらいありましたか？ あてはまる口の中に☑をしてください。		ない (0)	1~2 日 ある (1)	3~5 日 ある (2)	ほぼ毎 日ある (3)		
1	なかなか、眠れないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1-5 の計 <table border="1"><tr><td></td></tr></table> /15	
2	なにかをしようとしても、集中できないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	むしゃくしゃしたり、いらいらしたり、かっとしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	からだが緊張したり、感覚がびんかんになっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	小さな音やちょっとしたことで、どきどきとする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	つらかったこと(大震災や他の大変なこと)が頭から、離れないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-10 の計 <table border="1"><tr><td></td></tr></table> /15	
7	いやな夢や、こわい夢をみる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	夜中に目がさめて眠れないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	ちょっとしたきっかけで、思い出したくないのに、思い出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	つらかったことを思い出して、どきどきしたり、苦しくなったりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	つらかったことは、現実のこと・本当のことと思えないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11-15 の計 <table border="1"><tr><td></td></tr></table> /15	
12	悲しいことがあったのに、どうして涙がでないのかなと思う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	つらかったことは、できるだけ考えないようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	つらかったことを、思い出させる場所や人や物には近づかないようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	つらかったことについては、話さないようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16	自分が悪い(悪かった)と責めてしまうことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-20 の計 <table border="1"><tr><td></td></tr></table> /15	
17	だれも信用できないと思うことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	どんなにがんばっても意味がないと思うことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	楽しかったことが楽しいと思えないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	自分の気持ちを、だれもわかってくれないと思うことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	ない (0)	1~2 日あ る(1)	3~5 日あ る(2)	ほぼ 毎日 ある (3)
21 頭やお腹が痛かったり、からだの調子が悪い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ご飯がおいしくないし、食べたくないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 なにもやる気がしないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 授業や学習に集中できないことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 カッとなってケンカしたり、乱暴になってしまうことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 学校を遅刻したり休んだりすることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 だれかに話をきいてもらいたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 学校では、楽しいことがいっぱいある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 私には今、将来の夢や目標がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 ゲーム、携帯、インターネットなどはやりすぎないように気をつけている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 友だちと遊んだり話したりすることが楽しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21-27 の計

21

	大震災	他のこと	両方	浮かば ない
「つらかったこと」(6, 10, 11, 13, 14, 15) としかれて、あなたは 何を思い浮かべましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

このアンケートをして気づいたことや、今の気持ちを書ける人は書いてください。

心のサポート授業の感想を書いてください。

参考: 富永良喜・小澤康司・高橋哲(2010): 作成: 岩手こころのサポートチーム

先生用記入欄(児童生徒の状況をわかる範囲で記入ください。複可は複数回答可の意味です。)

質問番号	回答欄									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q 1 (複可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Q 2 (複可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Q 4 (複可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Q 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>

質問番号	回答欄									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Q 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Q 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Q10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Q11 (複可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Q12 (複可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>