

セルフチェック用紙 1

氏名 _____

生年月日 _____

今日の日付 _____

セラピー開始日 _____

以前にも今と同じ症状の治療を受けたことがありますか？ _____

この症状の治療を、現在どこか他で受けていますか
(カウンセラー、医者、精神科医など)？ _____

上記いずれかに「はい」と答えられたら、その治療法を説明してください。

セルフチェックの手順

次ページには、私たちが不快な体験をすることのある生活上の項目（行動面、思考面、体の感覚面、感情面、対人関係面）が挙げられています。それらの体験を、体験の強度と対処の難易度という二つのめやすで評価してください。

不明瞭なことがあったら、質問してください。あまり考えすぎないようにして教えてください。解答に正誤はありません。

氏名

日付

これらの体験は、
どの位強かった・
辛かったですか？

今日を含むここ7日間の、各項目の自分の体験に関して、その
強度あるいは辛さの度合いを数字に○をつけて示してください。

	全然なかった 辛くなかった	まあ 強かった	強いけれど 耐えられた	耐えられない ときもあった	ほとんど耐え られなかった
やりたくない 行動	0	1	2	3	4
不快な思考	0	1	2	3	4
不快な 体の感覚	0	1	2	3	4
不快な感情	0	1	2	3	4
不快な 人間関係	0	1	2	3	4

これらの体験を、
どの程度対処でき
ましたか？

今日を含むここ7日間の、各項目の自分の体験に対して、どの
位うまく対処できたかを、数字に○をつけて示してください。

	簡単に 対処できた	まあ 対処できた	対処するのが 難しかった	対処できない ときもあった	ほとんど対処 できなかった
やりたくない 行動	0	1	2	3	4
不快な思考	0	1	2	3	4
不快な 体の感覚	0	1	2	3	4
不快な感情	0	1	2	3	4
不快な 人間関係	0	1	2	3	4