

様式6 (その1)

肉体的・精神的不調和の状況 (被災職員・家族用)

記入者 (本人) : _____ 記入日 : 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

記入者 (家族 (続柄)) : _____ 記入日 : 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

不調和の内容	不調和が始まった時期
被災職員本人の訴え	
<input type="checkbox"/> 不眠が続いている	年 月 日
<input type="checkbox"/> 朝起きられない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 気が沈む, 落ち込んだ気分になる, ゆううつ	年 月 日
<input type="checkbox"/> 全てに自信がない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 気力がない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 将来に希望を感じない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 生きていても仕方がない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 仕事に出たくない, おっくう, 人と会うのが面倒だ	年 月 日
<input type="checkbox"/> 決断出来ない	年 月 日
<input type="checkbox"/> いらいらする	年 月 日
<input type="checkbox"/> 何を見ても興味が湧かない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 仕事が手につかない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 疲れ易い	年 月 日
<input type="checkbox"/> 頭が痛い, 息切れがする	年 月 日
<input type="checkbox"/> 食欲がない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 性欲がない	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 内容 :	年 月 日
家族からみて	
<input type="checkbox"/> 元気がない, ぼんやりしている	年 月 日
<input type="checkbox"/> 他の人と話をしなくなった	年 月 日
<input type="checkbox"/> 仕事を辞めたいと漏らす	年 月 日
<input type="checkbox"/> 生きていたくない, 死にたいなどと漏らす	年 月 日
<input type="checkbox"/> 顔色がよくない	年 月 日
<input type="checkbox"/> いらいらしている, 今までになく家族に当たる	年 月 日
<input type="checkbox"/> 言動がおかしい	年 月 日
<input type="checkbox"/> 話がまとまらない, 独り言を言っていることがある	年 月 日
<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなり, じっとしていない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 口数が多くなった	年 月 日
<input type="checkbox"/> 遅刻, 早退, 欠勤が多くなった	年 月 日
<input type="checkbox"/> 酒の量が増えた, 酒を飲んで荒れることが多い	年 月 日
<input type="checkbox"/> 他人の目や話していることをやたらに気にする	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 内容 :	年 月 日