

2024/8/6更新

[illegible]

ゲームの状況 (最近1ヵ月)	頻度 1ヵ月〔 〕回 平日〔 〕時間 休日〔 〕時間 費やした金額(課金額)1ヵ月〔 〕円ぐらい 誰とプレイ〔 〕
ゲームのきっかけ	〔 〕
初めてのゲーム	〔 〕歳から開始 当時の種目〔 〕現在の種目〔 〕
ゲームにより問題が 見られるようになった時期	〔 〕歳のとき
生活上の支障 ※各支障について 本人がどのように思っているかも 確認してください	睡眠時間・昼夜逆転の有無・食事・行動範囲・交友・暴言暴力について
学業上の支障	遅刻・欠席・成績低下・留年・学校側の見解について
仕事上の支障	欠勤・ミス・対人関係について
経済上の支障	課金・お金や貴重品を盗む・売った経験について
ゲームに没頭する要因	〔 〕
ゲームをする時のルール	☐ ある〔 〕 ☐ なし ルールは守れていたか ☐ はい ☐ いいえ (理由:〔 〕) 家族はどのように に対応したか〔 〕
乳幼児健診等の発達で指摘 を 受けたことがある	☐ ある〔 時期と内容 〕 ☐ なし
過去にいじめを受けたこと	☐ ある〔 時期と内容 本人の様子 〕 ☐ なし

利用した相談機関 ※受けたアドバイス等も記入	☐ 児童相談所	時期と内容
	☐ 警察	時期と内容
	☐ 医療機関	時期と内容
	☐ 消費生活センター	時期と内容
	☐ 法テラス	時期と内容
	☐ その他	時期と内容
家族について	 	
ゲームに没頭する前後に 家族の生活の質と関係性 の変化はあったか		
ゲームをプレイすることについて どう思いますか		
もともとの親子関係について （ゲームに関係なく）	仲の良さ・ケンカの頻度・過干渉など、会話の確認	
家族が希望することは何ですか		

●使用歴について

時期	デジタル機器（ゲーム機 / PC / スマホ） ゲーム名など	問題発生時期
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		
年 月 歳		

●受診のきっかけ

●治療に対する
今の気持ち

●現在の生活状況について

●以下について、必要に応じて当院から連絡をさせてもらってもよろしいですか？

〃 治療プログラム（本人）のご案内

☐ プログラム参加のお誘い（万が一、通院や治療プログラムへの参加が中断となった場合など）

●当センターをどのようにお知りになりましたか。

〃 他院などからの紹介〔 病院名： 〕

〃 児童相談所・保健所などの公共機関 施設〔 〕

〃 ホームページ 救急車

〃 その他〔 〕

ゲームズテスト (GAMES Test)

- 1) ゲームを止めなければいけない時に、しばしばゲームを止められませんでしたか
☐ はい ☐ いいえ
- 2) ゲームをする前に意図していたより、しばしばゲーム時間が延びましたか
☐ はい ☐ いいえ
- 3) ゲームのために、スポーツ、趣味、友達や親せきと会うなどといった大切な活動に対する興味が著しく下がったと思いますか
☐ はい ☐ いいえ
- 4) 日々の生活で一番大切なものはゲームですか
☐ はい ☐ いいえ
- 5) ゲームのために、学業成績や仕事のパフォーマンスが低下しましたか
☐ はい ☐ いいえ
- 6) ゲームのために、昼夜逆転またはその傾向がありましたか(過去12か月で30日以上)
☐ はい ☐ いいえ
- 7) ゲームのために、学業に悪影響がでたり、仕事を危うくしたり失ったりしても、ゲームを続けましたか
☐ はい ☐ いいえ
- 8) ゲームにより、睡眠障害(朝起きれない、眠れないなど)や憂うつ、不安などといった心の問題が起きていても、ゲームを続けましたか
☐ はい ☐ いいえ
- 9) 平日、ゲームを1日にだいたい何時間していますか
☐ 2時間未満
☐ 2時間以上
6時間未満
☐ 6時間以上

合計	点
----	---

評価方法: 各質問項目に対する回答の数字を合計する。5点以上の場合、ゲーム依存が疑われる