

摂食障害診断スクリーニング尺度—DSM5版

Eating Disorder Diagnostic Screen—DSM5 version (EDDs—D5)

MCR @202105

氏名: _____ 記入: 年 月 日

1～23の質問にお答えください。お答えは、回答欄の「0 1 …」の中で該当するものを1つ選んで○印を付けてください。
 質問1～3, 18では、0が「全くない」、6が「とてもよくある」になります。「どちらともいえない」ときは3になります。
 質問4, 5, 7～12では、0が「いいえ」、1が「はい」になります。
 質問6, 13～17では、該当する数値に○印をつけてください。
 質問19～21, 23では、【 】内に該当する数値を記入してください。
 質問22では、該当する数値に○印をつけてください。なお、「他」にはトランスジェンダーの方も含まれます。

質問項目	質問項目	回答欄	回答欄	回答欄	回答欄
1	自分は太っていると思いますか？	「全くない」	0 1 2 3 4 5 6		「とてもよくある」
2	自分は体重が増えたり、肥満になるかもしれない、と考えると不安になりますか？	「全くない」	0 1 2 3 4 5 6		「とてもよくある」
3	自分の体重や体形が、自分の人間的価値に影響すると思ったことがありますか？	「全くない」	0 1 2 3 4 5 6		「とてもよくある」
4	過去3か月を振り返って、一般の人が同じような状況で一度に食べる量よりも、かなり多い量の食べ物を食べたことがありましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
5	かなり多い量の食べ物を食べたとき、食べることを止められなかったと後悔することがありましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
6	過去3か月を振り返って、かなり多い量の食べ物を食べた後、食べることをコントロールできなかつたと後悔することが、1か月に平均何回くらいありましたか？	回数	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17以上		回
7	普段よりも、食べる時間がとても早くなりましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
8	満腹で気分が悪くなるまで食べたことがありましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
9	空腹を感じていなかったのに、かなり多い量の食べ物を食べたことがありますか？	「いいえ」	0 1		「はい」
10	自分が食べている量を、人にみられるのが恥ずかしく、一人で食べたことがありましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
11	過食の後、自分が嫌になったり、気分が沈んだり、やましさを感じたりしたことがありましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
12	自分の過食に、腹を立てたり、落ち込んだりしたことがありましたか？	「いいえ」	0 1		「はい」
13	食べたものを吐き出すことがありましたか？	回数	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17以上		回
14	下剤や利尿剤を使うことがありましたか？	回数	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17以上		回
15	少なくとも2回連続して食事を抜くこと(絶食)がありましたか？	回数	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17以上		回
16	過食で体重が増えないように、過激な運動(例:1時間以上走り続ける、など)をしたことがありましたか？	回数	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17以上		回
17	過去3か月を振り返って、夜中に目の覚めた後や夕食の後に、多量の食べ物を食べて、気分が落ち込むことが1か月あたり平均して何回くらいありましたか？	回数	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17以上		回
18	食べることや自分の体形が異常に太っているを心配するために、友人や家族との関係、あるいは学業や仕事にどの程度の影響がありましたか？	「全くない」	0 1 2 3 4 5 6		「とてもよくある」
19	体重はどれくらいですか？測っていない場合は、およそでお答えください。		【 】kg BMI:		
20	身長はどれくらいですか？cmでお答えください。		【 】cm		
21	現在と同じくらいの身長有的时候に、最も重かった体重はどれくらいでしたか？		【 】kg BMI:		
22	あなたの性別は？(他はトランスジェンダーの方を含みます)		0:男 1:女 3:他		
23	あなたは何歳ですか？		【 】歳		

DSM-5摂食障害分類 Classification of DSM-5 Eating Disorders

● 診断なし	<input type="checkbox"/> 項目1 ≤ 6 ただし各摂食障害の診断基準を満たすときは診断を優先
● 該当診断なし	<input type="checkbox"/> 項目18 < 3 ⇒ 生活支障度あり <input type="checkbox"/> 項目18 ≥ 3 ⇒ 生活支障度なし
● 神経性やせ症 (AN)	① <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 項目2 ≥ 4 <input type="checkbox"/> 項目3 ≥ 4 ② <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 項目13 + 項目14 + 項目15 + 項目16 ≥ 4
● 神経性過食症 (BN)	<input type="checkbox"/> 項目4 = はい <input type="checkbox"/> 項目5 = はい <input type="checkbox"/> 項目6 ≥ 4 <input type="checkbox"/> 項目13 + 項目14 + 項目15 + 項目16 ≥ 4 <input type="checkbox"/> 項目3 ≥ 4
● 過食性障害 (BD)	<input type="checkbox"/> 項目4 = はい <input type="checkbox"/> 項目5 = はい <input type="checkbox"/> 項目6 ≥ 4 <input type="checkbox"/> 項目7 + 項目8 + 項目9 + 項目10 + 項目11 ≥ 3 <input type="checkbox"/> 項目12 = はい <input type="checkbox"/> 項目13 + 項目14 + 項目15 + 項目16 < 1
● 非定型AN	<input type="checkbox"/> 項目19 < 0.9 × 項目21 <input type="checkbox"/> 項目2 ≥ 4 <input type="checkbox"/> 項目3 ≥ 4
● BN(低頻度and/or短期間)	<input type="checkbox"/> 項目4 = はい <input type="checkbox"/> 項目5 = はい <input type="checkbox"/> 項目6 ≥ 2 <input type="checkbox"/> 項目13 + 項目14 + 項目15 + 項目16 ≥ 2 <input type="checkbox"/> 項目3 ≥ 4
● BD(低頻度and/or短期間)	<input type="checkbox"/> 項目4 = はい <input type="checkbox"/> 項目5 = はい <input type="checkbox"/> 項目6 ≥ 2 <input type="checkbox"/> 項目7 + 項目8 + 項目9 + 項目10 + 項目11 ≥ 3 <input type="checkbox"/> 項目12 = はい <input type="checkbox"/> 項目13 + 項目14 + 項目15 + 項目16 < 1
● 排出性障害	<input type="checkbox"/> 項目13 + 項目14 ≥ 4 <input type="checkbox"/> 項目4 = いいえ <input type="checkbox"/> 項目3 ≥ 4
● 夜間食行動異常症候群	<input type="checkbox"/> 項目17 ≥ 4

註 低体重の定義(BMI)

	男	女
18歳以上	≤ 18.5	
17歳	≤ 18.5	≤ 18.5
16歳	≤ 18.0	≤ 17.75
15歳	≤ 17.5	≤ 17.25
14歳	≤ 16.75	
13歳	≤ 16.25	
12歳	≤ 15.75	
11歳	≤ 15.25	
10歳	≤ 14.75	

註 項目4と項目5がはいの場合、項目6は0、項目7～12はいえとして算出

註 重複診断の場合、神経性やせ症 > 神経性過食症 > 過食性障害 > 非定型神経性やせ症 > 神経性過食症(低頻度and/or短期間) > 過食性障害(低頻度and/or短期間) > 排出性障害 > 夜間食行動異常症候群の順で優先

註 正式な採点コード https://researchmap.jp/chisato3/published_papers/28596 参照