

相談票

お手数ですが、次の各項目にご記入をお願いいたします。

氏名 _____ (男・女) _____ 歳

現在の仕事： あり ・ なし 、職業 _____ 役職 _____ 年数 _____

1. あてはまる症状があれば、○をつけてください

- ・眠れない ・食欲がない ・まわりのことが気になる ・何かが聞こえてくる ・何かが見える
- ・気分が落ち込む ・イライラする ・おこりっぽい ・不安になる ・泣きたくなる
- ・何もする気がしない ・考えがまとまらない ・人に見られている ・ストレスがある
- ・うわさされている感じ ・ドキドキする ・頭痛 ・吐き気

2. それはいつ頃からですか？ (_____ 年 _____ 月ころから)

何か思い当たることがありますか？ ある ・ ない ・ わからない

ある場合や上記に当てはまらない症状がある場合は、内容をお書きください。

3. これまでに精神的なことで受診したことのある病院があれば記入してください

病院名 _____ 期間 _____ ~ _____ 病名 _____ 通院・入院
_____ ~ _____ 通院・入院

4. これまでの健康状態について

1) 身体的な病気やけがで病院にかかったことはありますか？ ある・ない

緑内障 喘息 糖尿病 (_____ 歳から) 心臓病 (_____ 歳から) 高血圧 (_____ 歳から)

感染性疾患 (肝炎 その他)

その他 (_____)

2) 現在、通院中の医療機関があればお知らせください

通院場所 _____ 病名 _____ 飲み薬 _____

3) アレルギーはありますか？ ない・ある _____ 薬や薬品 種類 _____

5. ご家族について

同居人：(人) ・ 父 ・ 母 ・ 兄妹 (人) ・ 配偶者 ・ 子 (人) ・ その他 ()

兄妹 (_____) 人兄弟の (_____) 番目 ・ 婚姻歴 なし ・ あり

精神科又は心療内科にかかれたことのあるご家族、ご親戚はいらっしゃいますか？

いない ・ いる ()

6. これまでの生活について

生まれ育ったところ _____

最後に通った学校と学科名 _____

在学中 (_____ 年生) ・ 休学中 (_____ / _____ から) ・ 卒業 ・ 中退

ご記入ありがとうございました。