

問診票

記入日

年 月 日

ふりがな			生年月日	満年齢
カウンセリングを受ける人の御名前			西暦 年 月 日	
御住所	〒			
電話番号				
携帯番号			SMS	可 ・ 不可
緊急連絡先 (お名前・続柄)				
e-mail				
来談経緯	<input type="checkbox"/> Web検索(検索ワード:) <input type="checkbox"/> Shop Card <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者:) <input type="checkbox"/> その他()			
精神科通院状況	精神科病院/クリニックetc.		医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 通院中			
	<input type="checkbox"/> 通院した経験あり			
	<input type="checkbox"/> 入院した経験あり			
服薬について	抗うつ剤/抗不安薬/睡眠薬/向精神薬などお薬名わかれば記載(精神科処方でも)			
	<input type="checkbox"/> 服薬中()			
	<input type="checkbox"/> 服薬したことあり()			
現在同居中の方	<input type="checkbox"/> 家族()		<input type="checkbox"/> 同居人()	
	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし			
家族構成	原家族 (例:父58 母54 兄23 妹18)		結婚後の家族 (例:夫32 長男5 長女3)	
困っていること (簡潔に/詳細はカウンセリングでお聞きます)				
心理テストについて	<input type="checkbox"/> 受けたい		<input type="checkbox"/> 興味あり	
	<input type="checkbox"/> 受けたことがある		<input type="checkbox"/> 興味なし	
受検年/テスト名:				