

ふりがな		性別	男性・女性
名前		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒		
連絡先 1		連絡先 2	
職業			

※下記の質問は診断ではなくお話を伺う際に、記入者の現状の理解を深めるための質問となっております。

わかる範囲で可能であれば全てご記入いただき、難しいと感じた場合は空欄でも問題ありません(複数記入可)

1.現在抱えている悩み・問題をご記入ください

2.その悩み・問題はいつ頃から発生しましたか？

3.お心当たりのある症状はありますか？(例:腹痛・集中力の低下等)

4.その症状はいつ頃から発生しましたか？

5.またキッカケと思われることは何かありますか？

6.その悩み・問題・症状に対して自身で行った対処方法があればご記入ください

7.現在または過去に経験のある精神・身体疾患はありますか？

8.それら疾患によって、現在または過去に病院に通っていた経験はありますか？

9.現在または過去に服用されている薬はありますか？(あれば薬名をご記入ください)

10.ご家族に精神・身体疾患の方はいらっしゃいますか？

11.心理療法を受けた経験はありますか？

12.周りに信頼できる友人はいらっしゃいますか？

13.周りに助けになってくれそうな方はいらっしゃいますか？

14.現在または過去に行っていた社会活動はありますか？(ボランティアやクラブ所属等)

15.趣味がありましたら教えてください

自由記入欄(その他伝えておきたいことがありましたら、自由にご記入ください)

--

___年___月___日 氏名_____