

<問診票>

面接の参考にさせていただきますので、カウンセリングの前に、ご記入をお願いいたします。
 なお、こちらに記載頂くことにより、別紙「事前にご了承頂きたいこと」に合意したものとさせていただきます。
 ※氏名・住所・電話連絡先は必須記入でお願い致します。 年 月 日

氏名		生年月日： 年 月 日（ 歳）			
住所：					
電話連絡先：		職業：			
こちらを知った経緯：		HP / ブログ / 他SNSの情報 / その他			
選んだ理由：		記入ください：			
相談したい主な内容は何か？					
それはいつから始まりましたか？					
今まで大きな病気やけがはありますか？					
現在、他の医療機関や相談機関に通っていますか？		ない	ある（ 名前	時機	）
以前に、医療機関やカウンセリングを受けたことはありますか？		ない	ある（ 名前	時機	）
継続的に飲んでいる薬はありますか？					
身体症状 （当てはまる ところ ○）	食欲	よい / 普通 / ない / 味がわからない / 食べ過ぎる			
	睡眠	就寝は、だいたい夜 時～朝 時くらい（ 時間） 普通 / 寝つき悪い / 途中で目覚める / 朝早く目覚める / 多夢・悪夢			
	身体症状	頭痛 / 疲れやすい / 肩こり / たちくらみ / その他（具体的に： ）			
	運動	ほぼ毎日 / 週一回程度 / 週2・3回 / めったにしない			
家族構成			年齢	職業	同居なら「○」、別居なら大体の場所を死亡の場合「×」と記載
	実父				
	実母				