

| | | | |
|-------|---|--|-------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| お名前 | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 自宅 (- -) 携帯 (- -) 今後、病院名でお電話を差し上げてかまいませんか？ はい ・ いいえ (個人名で) | | |
| 緊急連絡先 | 続柄 () | | |

I 今回の相談についてと、困っていること

1. 今回はどなたが検査を決められましたか (勧めましたか)
 本人 父 母 配偶者 その他 ()
2. アセスメントを希望された理由について、書ける範囲でお書きください
 例) 人間関係で困っている、性格について知りたい、家族関係について相談したい、など

3. 精神科・心療内科や、カウンセリングなどの相談機関にかかったことがありますか？
 いいえ
 かかったことがあるが、現在はかかっていない
 現在かかっている

II 生活歴、家族歴など

1. 現在治療中、もしくは指摘されている病気はありますか
 ある ()
 ない
 ☆今までに大きなけがや病気で入院歴、手術歴があればご記入ください (年齢、病名)

2. 現在服薬中の薬はありますか
 ある ⇒ わかる範囲で薬の名前をご記入ください : _____
 ない

3. アレルギーはありますか（薬剤、食品、金属、アトピー性皮膚炎、花粉症、鼻炎、その他）

- ある（
ない

4. 婚姻歴を教えてください

婚姻歴あり 回

| | |
|-------|---------------|
| 歳 ~ 歳 | 婚姻中 ・ 離婚 ・ 死別 |
| 歳 ~ 歳 | 婚姻中 ・ 離婚 ・ 死別 |
| 歳 ~ 歳 | 婚姻中 ・ 離婚 ・ 死別 |

婚姻歴なし

5. 同居、または近しい家族について教えてください（両親、きょうだい、パートナー、子どもなど）

| 続柄 | 年齢（学年） | 職業 | |
|------|--------|-----|--|
| 例) 夫 | 40 歳 | 会社員 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |
| | 歳 | | 同居 ・ 別居 ・ 死亡 |

6. 家族や親族の中で心療内科や精神科にかかったことがある方がいればご記入ください

[]

7. 現在お仕事をされていますか

はい

⇒いつ頃から _____ 年 _____ 月ごろから or _____ 歳ごろから

雇用形態 正社員 ・ 派遣 ・ パート ・ その他（ _____ ）

職業・仕事内容（ _____ ）

いいえ

⇒休職中ですか はい _____ 年 _____ 月ごろから いいえ

15. 不登校や休学期間はありましたか

ある ⇒ いつごろ、どれくらいの期間：

ない

Ⅲ その他

1. 嗜好品について

アルコール：飲む ⇒ 付き合い程度

習慣的に飲む：週に _____ 日（種類： _____ | 回量： _____ ml）

飲まない

タバコ：吸う ⇒ 1日 _____ 本（ _____ 歳ごろから）

吸わない

2. 女性の方におうかがいします。月経について教えてください。

月経周期：規則正しい 不規則

初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳

月経前・月経中に次のようなことはありますか

⇒気分が落ち込む いらいらする 不眠 頭痛 その他（ _____ ）

3. 女性の方におうかがいします。現在妊娠中または授乳中ですか。

はい ⇒ 妊娠中（ _____ 週） 授乳中

いいえ

わからない

ご協力ありがとうございました