



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



