

予 診 票

記入日：20 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
氏名			
住所	〒 職業		
電話番号	()	—	※すぐに連絡がつく番号をご記入下さい。
メールアドレス			

●今回の来室は、 自分が希望した 家族に言われた その他 ()

●今、困っている事・悩んでいる事・話したい内容を簡単にご記入ください。(複数可)

●困っている身体症状があれば、ご記入ください。

いつ頃から：

どんな症状：

●精神科・心療内科に現在通っている／過去に通っていたことがありますか？

はい → 現在通院中 過去に受診や通院したことがある いいえ

※はいと答えた方のみ…精神科・心療内科で診断されたものがあればチェックをつけてください。

統合失調症 うつ病 双極性障害（躁うつ病） 強迫性障害 パニック障害

その他・発達障害等 ()

※はいと答えた方のみ…処方されている薬はありますか？

はい (薬の名前：) いいえ

●これまでに内科で診断された大きな病気があれば記入してください。

●現在に至るまでに当てはまるものがあればチェックをつけてください。

生まれた時… 未熟児 発達の遅れ けいれん その他 ()

小・中学校時… 不登校 チック 大きなケガ 家族との死別 その他 ()

●現在の睡眠状況はいかがですか？

平均 () 時間

寝つきが悪い 夜中に何度も起きる 朝早く起き過ぎる 熟眠感がない 問題なし

●その他、追記事項・気になること・聞きたいことがあればご記入ください。

●当カウンセリングルームを何で知りましたか？

マップ検索 HP・ネット検索 知人 チラシ・パンフレット

その他 ()