

予 診 票

記入日：20 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
氏名			年 月 日 (歳)
住所	〒 職業		
電話番号	() ー ※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、 <input type="checkbox"/> 自分が希望した <input type="checkbox"/> 家族に言われた <input type="checkbox"/> 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：			
● <u>精神科・心療内科</u> に現在通っている／過去に通っていたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 過去に受診や通院したことがある <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 双極性障害（躁うつ病） <input type="checkbox"/> 強迫性障害 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい（薬の名前：) <input type="checkbox"/> いいえ			
●これまでに <u>内科</u> 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… <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 () 小・中学校時… <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 大きなケガ <input type="checkbox"/> 家族との死別 <input type="checkbox"/> その他 ()			
●現在の睡眠状況はいかがですか？ 平均 () 時間 <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に何度も起きる <input type="checkbox"/> 朝早く起き過ぎる <input type="checkbox"/> 熟眠感がない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> マップ検索 <input type="checkbox"/> HP・ネット検索 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> チラシ・パンフレット <input type="checkbox"/> その他 ()			