**【氏名】**

**【性別】 【年齢】**

**【住所】**

**【電話番号】**

**【ご相談されたい症状、内容を教えて下さい】（いくつでも可）**

・夜眠れない ・食欲がない ・不安感が強い ・被害妄想が強い

・気分が落ち込む ・意欲が出ない ・昔の嫌な記憶がフラッシュバックする

・イライラする ・暴言、暴力がある ・死にたくなる ・身体を傷つけてしまう

・周囲からの目線や評価に対して過敏である ・物音に対して過敏である

・こだわりが強く頑固である ・コミュニケーションが苦手である

・対人緊張が強い ・人ごみや閉所が苦手である ・同じ事を何度も確認してしまう

**【症状が始まった時期はいつ頃ですか】**

**【きっかけはありますか】**はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、いいえ

**【受診、入院されたことはありますか】**

【令和・平成・昭和 　　年　月 　～　　年　月 　場所：　　　　　　　　　　　】

【令和・平成・昭和 　　年　月 　～　　年　月 　場所：　　　　　　　　　　　】

**【紹介状をお持ちですか】**はい・いいえ

**【飲まれている薬やサプリメントはありますか】**はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、いいえ

**【アレルギーはありますか】**

はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、いいえ

**【違法薬物使用歴や過量服薬されたことはありますか】**

はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、いいえ

**【ご家族に精神科通院されていた方はいらっしゃいますか】**

はい（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）、いいえ

**【喫煙、飲酒はされますか】**

**学歴**

【中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院】を 昭和・平成・令和 　年に【卒業・中退】

成績 上・中・下

**職業：これまでにした仕事や行っている仕事を具体的に教えてください**

（例：○歳～△歳 販売会社 の一般職、□歳～◎歳 レジのパート 1 日 5 時間、など）