

【氏名】

【性別】

【年齢】

【住所】

【電話番号】

【ご相談されたい症状、内容を教えてください】（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)