

相談受付票

枠内の記入をお願いします。

No. _____

受付日： 年 月 日

ふりがな	生年月日
氏名	年 月 日 (歳)
〒 住所	
電話番号	
メールアドレス	
ご希望の連絡方法： 電話 ・ メール	
緊急時の連絡先	

以下の項目はわかる範囲でご記入ください。

① いま現在の困りごと、相談したいことはどのようなことですか？

② 困りごとが始まった時期、症状に気づいた時期はいつ頃ですか？

年 月 (または 歳) 頃から

③ 思い当たる原因、出来事がありますか？

有 ・ 無 ・ 不明

④ 来室の経緯を教えてください。

自分からすすんで ・ 医師のすすめで ・ ()のすすめで ・ その他

⑤ 精神科、心療内科への通院歴はありますか？

・ 病院 科 年 月 ~ 年 月 (症状 :)

・ 病院 科 年 月 ~ 年 月 (症状 :)

・ 病院 科 年 月 ~ 年 月 (症状 :)

現在通院中の方： 主治医名 _____ 医師

服薬中のお薬

⑥ 家族構成を教えてください。

続柄	年齢	職業	備考 (同居、別居、入院など)

⑦ その他に初回に話しておきたいことがあればご記入ください。