

# 問診票

記入日：西暦 年 年 日 曜日 面接時間：

フリガナ 名前	性別 男 女	年齢	生年月日(西暦) 年 月 日	
住所				
電話番号			携帯番号	
メール(LINE)			出身地	
※職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 他			
※通院状況	<input type="checkbox"/> 精神科・心療内科を通院中 <input type="checkbox"/> 他でカウンセリングを受けている <input type="checkbox"/> 特になし			
※過去の通院状況	年 月頃	診断名	病院名	
	年 月頃	診断名	病院名	
	年 月頃	診断名	病院名	
	年 月頃	診断名	病院名	
家族 (同居中の方含む)	続柄	同居・別居・死亡	職業	備考
	祖父		歳	
	祖母		歳	
	父		歳	
	母		歳	
			歳	
			歳	
			歳	
来室経緯	<input type="checkbox"/> ネット検索 <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> 講演セミナー <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 紹介( )			
困っていること (複数可)	<input type="checkbox"/> 人間関係 <input type="checkbox"/> 職場のこと <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> こころの病 <input type="checkbox"/> 自分の性格のこと <input type="checkbox"/> 人生や将来 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> トラウマ <input type="checkbox"/> その他( )			
困っていることを簡 単にお書きください				
備考				担当

※は当てはまるものに☑してください。