インテイクシート（本人用）

 年　月　日

※相談に必要な情報なのでできる限りご記入ください。個人情報を相談活動以外に利用することは一切ありません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 男・女 | 生年 | S・H　　　 　年（年齢　　　　歳） |
| お名前 |  |
| 住所 |  | 連絡先（携帯） |  |
| ご相談内容 | 例：乗物に乗れない。緊張が強くて会社に行けない。夫婦関係がうまくいかず喧嘩ばかりしている。手洗いがやめられない等 |
| 診断名 | 無･有(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　診断された機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 診断された時期　　（　　　年　　月頃） 　 |
| 治療機関 | 現在通っている機関があれば○をつけてください |
| 【病院・診療所（クリニック）・スクールカウンセラー・カウンセリングルーム・公的機関】　 |
| その他： |
| 治療・通院歴 | 過去に通っていた機関があれば○をつけてください。入院歴はその他の欄にご記入ください |
| 【病院・診療所（クリニック）・スクールカウンセラー・カウンセリングルーム・公的機関】　 |
| その他： |
| 服薬 | 無　・　有【薬剤名　　　　　　　　　　　　（使用期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】【薬剤名　　　　　　　　　　　　（使用期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】【薬剤名　　　　　　　　　　　　（使用期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 |
| 家族構成　 | 例:妻(30),長男(小4),次男（小1）,長女(年少)など、ご本人以外の同居している家族をご記入ください　 |
| ご職業 | 無職・パートアルバイト・主婦・公務員（教育系・事務系・他）・会社員（製造系・事務系・営業系・他）・医療系（医師・看護師・薬剤師・その他）・自営業（業種：　　　　　　　　 ）その他： |
| 生活習慣 | 喫煙　無・有（1日　　　　　本） | 睡眠　平均　　　　　　時間 | 飲酒　無 ・ 平均週　　　　　　日 |
| 趣味・休日の過ごし方 |  |