

# 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 お名前		男・女	生 年	S・H (年齢)	年 歳
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					