

家族相談問診票

日本橋サングリニック

記入日 年 月 日

(ふりがな) 相談者のお名前	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
本日はどなたのことでご相談にいらっしゃいましたか？その方はいくつですか？ ()歳			
在学中でしたら、学校名と学年をご記載ください。			
学校名		学年 年生	
どのようなことで、いつ頃からお困りかお書きください。			

以下は相談したい方についての質問になります。

現在ご同居されているご家族を教えてください。			
<input type="checkbox"/> 父()才	<input type="checkbox"/> 母()才	<input type="checkbox"/> 兄(人)	<input type="checkbox"/> 姉(人)
(.)才	(.)才	<input type="checkbox"/> 弟(人)	<input type="checkbox"/> 妹(人)
(.)才	(.)才	<input type="checkbox"/> 祖父()才	<input type="checkbox"/> 祖母()才
<input type="checkbox"/> その他()			
今までどちらか医療機関におかかりになったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
ある方はいつ頃からどちらの病院におかかりだったかお書きください。 診断名と処方されていたお薬もあわせてお書きください。			
期間	病院名	診断名	処方されていたお薬
年 月頃～ 年 月頃まで			
今のんでいるお薬がありましたらご記入ください			
ご当人以外で現在あるいは過去に精神科や心療内科におかかりのご家族はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない			
いらっしゃる場合どなたがおかかり(だった)かお書きください。			
どなたが	症状/診断名		

裏面もご記入ください

