

ふりがな ()

氏名 () 年齢 () 歳 生年月日 (年 月 日) 性別 (男・女)

住所(〒 -) 電話(- -)

本日相談したいことについて、いつ頃から、どのようなことがあったのか簡単に記入して下さい。

いつ頃から：

どのような：

今までに罹患した病気やその治療内容

病名 () (治療中・治癒) (治療中の場合、治療内容：)

病名 () (治療中・治癒) (治療中の場合、治療内容：)

病名 () (治療中・治癒) (治療中の場合、治療内容：)

アレルギーの有無：なし・あり (ありの場合具体的に：)

飲酒：なし・あり (ありの場合の飲酒習慣： 日/週)

喫煙：なし・あり (ありの場合の喫煙習慣：タバコ 本/日)

家族構成 (同居している方)

氏名	年齢	続柄	就学、就労状況	その他、気になることがあれば記入して下さい

今までの相談歴 (今回受診した件について、今まで相談したことがある場合は記入して下さい。)

相談先	いつから	いつまで	治療内容	状況
	年 月	年 月		不変・改善・悪化
	年 月	年 月		不変・改善・悪化
	年 月	年 月		不変・改善・悪化

～裏面に続く～

今までの就労歴

職務内容	期間
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月

今回の受診で期待すること

職場との連携・情報交換 (同意する・同意しない)

以上です。ありがとうございました。