

## 初 回 質 問 票

記載日                      年    月    日

1. ご記入される方   ご本人   家族（続柄                      ）   その他（                      ）

|             |   |       |                     |
|-------------|---|-------|---------------------|
| ふりがな<br>氏名  |   | 生年月日  | 年    月    日生（    歳） |
| 住所          | 〒 |       |                     |
| 電話番号        |   | 緊急連絡先 |                     |
| メール<br>アドレス |   |       |                     |

※18歳未満の方の場合には、保護者の方のご署名をお願いいたします。 保護者署名欄：  
\_\_\_\_\_

- 電話でご連絡する際、「大阪・京都こころの発達相談所 葉」と名乗っても構いませんか？   良い   悪い
- 郵送するものがある場合、「大阪・京都こころの発達相談所 葉」の封筒を使用しても構いませんか？   良い   悪い

2. 当研究所にお越しになる上での、ご希望、ご相談内容をお書きください。

- 1) 現在、あてはまる症状がありましたら、チェックしてください
- |                                    |  |  |                                      |
|------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> よく眠れない    | <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い                      | <input type="checkbox"/> 夜中に何度も目が覚める   | <input type="checkbox"/> 朝早くに目が覚める   |
| <input type="checkbox"/> 何かが聞こえてくる | <input type="checkbox"/> 何かが見える                      | <input type="checkbox"/> うわさされている感じがする | <input type="checkbox"/> 人に見られている    |
| <input type="checkbox"/> 食欲がない     | <input type="checkbox"/> 忘れっぽい                       | <input type="checkbox"/> 発達障害傾向が気になる   | <input type="checkbox"/> 音に敏感        |
| <input type="checkbox"/> 光に過敏でまぶしい | <input type="checkbox"/> 自傷行為                        | <input type="checkbox"/> DVを受けている      | <input type="checkbox"/> セクシャルマイノリティ |
| <input type="checkbox"/> トラウマ体験がある | <input type="checkbox"/> 過食                          | <input type="checkbox"/> 暴力をふるってしまう    | <input type="checkbox"/> 意識や記憶がなくなる  |
| <input type="checkbox"/> ものを盗んでしまう | <input type="checkbox"/> その他（                      ） |  |                                      |
- 2) それはいつ頃からですか？（                      年                      月頃から）
- 3) 過去に受診したことのある心療内科や精神科、相談室の利用などがありましたら、ご記入ください。

| 診断名 | 機関名 | 時期 | 主訴・症状 |
|-----|-----|----|-------|
|     |     |    |       |
|     |     |    |       |
|     |     |    |       |

3. あなたの健康状態についてお教えてください。

- 1) 1年以内に体重の増減はありましたか？   なし   増えた（    kg程度）   減った（    kg程度）   不明
- 2) 身体的な病気やけがで、入院をしたことはありますか？   ない   ある（疾患名：                      ）
- 3) たばこは吸いますか？   吸わない   やめた（やめた時期                      ）   吸う：1日    本
- 4) お酒は飲みますか？   飲まない   飲む（毎日   週    回   月    回   その他                      ）

➡飲むと答えた方 お酒の種類と量 ( ) を ( ) くらい飲む

5) 現在、通院中の医療機関があればお知らせください

| 診断名 | 機関名 | 時期 | 服薬    | 処方薬名 |
|-----|-----|----|-------|------|
|     |     |    | (有・無) |      |
|     |     |    | (有・無) |      |

6) 薬物や脱法ドラッグなどの使用がありますか? ない ある ( ) 年ごろに初めて使用)

7) 女性の方は、以下の内容にお答えください。

(1) 月経は順調ですか? はい 不順 閉経 その他

(2) 現在妊娠中ですか? はい いいえ 可能性がある

(3) 月経の前後に体調、気分の状態が悪化しますか? はい いいえ

4. あなたのご家族についてお教えてください。

1) あなたの婚姻歴 未婚 初婚 再婚 離婚 死別 事実婚

2) ご家族の構成について 親、兄弟、配偶者、子ども等、分かる範囲でご記入下さい。

| 氏名 (イニシャル) | 年齢 | 続柄 | 同居/別居 | 職業や性格 |
|------------|----|----|-------|-------|
|            |    |    |       |       |
|            |    |    |       |       |
|            |    |    |       |       |
|            |    |    |       |       |
|            |    |    |       |       |

5. これまでの学業や仕事のことと、現在の生活状況についてお教えてください。

1) 最終学歴 (学校名 ( ) ) ( 学部・学科名 ( ) )

卒業 ( ) 年に卒業) 中退 在学中 ( ) 年生) 休学中 ( ) 年生の ( ) 月から)

2) ご職業 在職中 パート・アルバイト 離職中・休職中 無職 学生 主婦 その他

3) 仕事について 勤務年数 ( ) 年 ( ) ヶ月) 退職日 ( ) 年 ( ) 月)

職業の職種 自営業 公務員 会社員 自由業 その他

4) 転職について なし あり (1回 複数回)

5) 主な収入源 自分 親 配偶者 (パートナー) 生活保護 障害者年金 その他

6) 信仰している宗教はありますか? ある ない

6. 大阪・京都こころの発達研究所 葉をどちらでお知りになりましたか?

医療機関(名前: ( ) ) 公的機関 家族知人の紹介 ネット検索 その他 ( ) )

7. これまでに、インターネットや書籍等で調べたことのある疾患や障害はありますか? ない ある

「ある」とお答えの方は、何を調べましたか?

( ) )

ご記入いただき、ありがとうございました。初回面接にて、さらに詳細をお聞かせいただきます。