

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 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 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

4) 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)	

精神科・心療内科に通院中の場合、主治医の許可を得ていますか？ （ はい ・ いいえ ）

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) 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）
- 4) 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）
- 5) 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 公的機関 教育機関 ネット検索 SNS 家族知人の紹介 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。