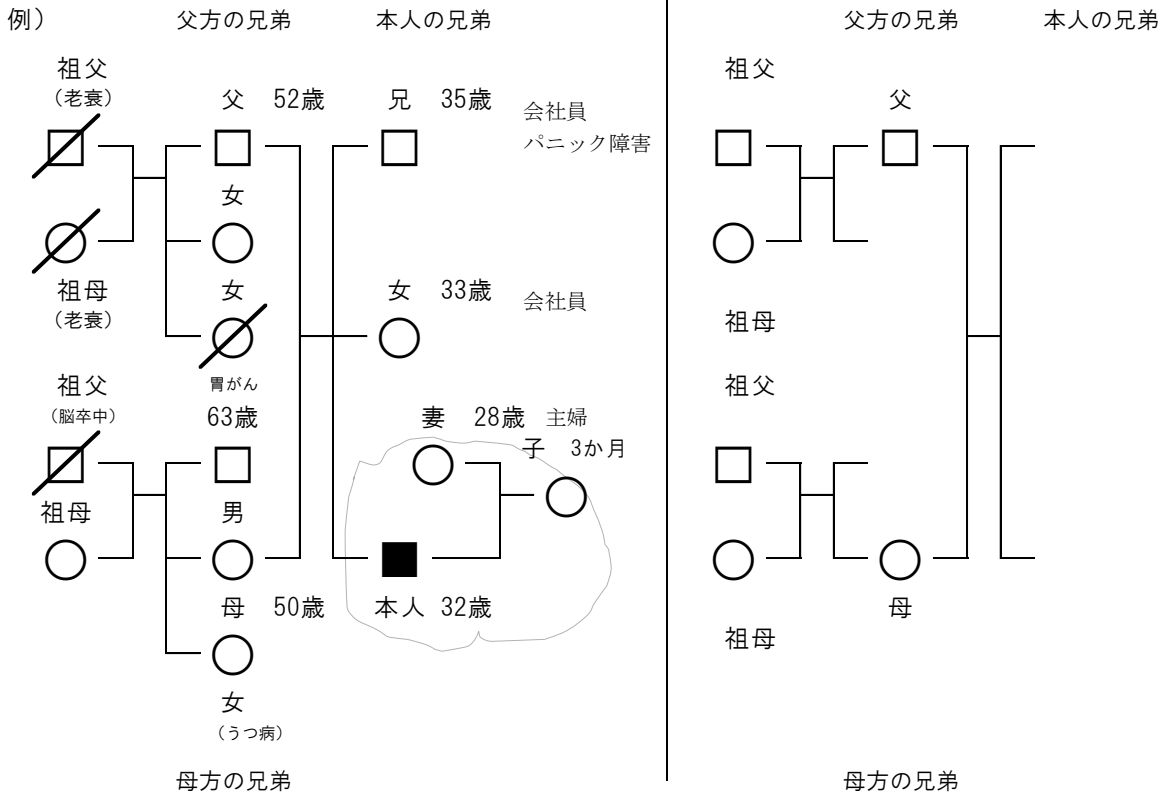




## ご家族について

家族の構成とそれぞれの年齢、職業、健康状態、同居（線で囲んでください）かどうかをお書き下さい。



## 生育歴

出生地、生育地：（ \_\_\_\_\_ ）

最後に通った学校・学科の名前 \_\_\_\_\_ ・卒業 ・中退 ・在学中 ・休学中

小学校から現在までの部活動・サークル活動経験 有・無 時期と内容

（ \_\_\_\_\_ ）

**職歴** 会社名や職種などお分かりになる範囲でご記入をお願いします。

時期： \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳 （ \_\_\_\_\_ ）

時期： \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳 （ \_\_\_\_\_ ）

時期： \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳 （ \_\_\_\_\_ ）

今まで精神科・心療内科での治療を受けたことがありますか？ ある・ない

あるとお答えになった方

時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 医療機関名：（ \_\_\_\_\_ ） （外来・入院）

時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 医療機関名：（ \_\_\_\_\_ ） （外来・入院）

時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 医療機関名：（ \_\_\_\_\_ ） （外来・入院）

## 現在治療中のご病気について

高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 肝障害 ・ バセドウ病

その他（ \_\_\_\_\_ ）

食物、薬などのアレルギー・合わないお薬などありますか？ ある・ない

（具体的に \_\_\_\_\_ ）

協力ありがとうございました。