ここはな　問診票

名前	ふりがな	生年月日
	（　　歳）	年　月　日
住所	〒　　－	学年
		年生
ご相談したいこと		
これまでカウンセリング・心療内科等の受診歴はございますか？	年　月　～　年　月まで　医療機関名： 年　月　～　年　月まで　医療機関名：	
家族構成について ※可能であればご年齢も教えてください	［記入例］　父（６２）、母（６０）、兄（３２）、自分、妹（27）	
趣味・好きなことを教えてください		
※今回お聞きしたこと・個人情報等は相談の目的以外に使用することはありません。ご安心ください。		

〇体調についてのアンケート

当てはまるものにチェックを入れてください。複数チェックしていただいても構いません。

〇睡眠	□問題なし　□寝つきが悪い　□途中で目が覚める　□不規則になりがち　□その他（　　）
〇睡眠時間	（起床）　　時頃　　（就寝）　　時頃
〇食生活	□問題なし　□食欲がない　□食べ過ぎてしまう　□食事のタイミングが不規則になりがち
〇今までかかった身体のご病気、手術歴など	
〇体調面でお困りのことがあれば該当するものにチェックしてくだ	□冷え性　□肩こり　□頭痛　□便秘　□下痢　□腹痛　□生理□その他（　　）

✤ご回答いただきありがとうございました✤