

# ご相談受付シート（おとな用）

記入日： 年 月 日 / 記入者： (続柄： )

ふりがな 氏名： ( 歳)	昭和 平成 年 月 日生	性別 男 女
職業・所属名：		
今のお住まい (市町のみで構いません)	ご家族と同居 ・ ご家族以外と同居 ・ 一人暮らし	
電話番号 自宅 ☎ 携帯電話 ☎	その他の緊急連絡先 ☎ (氏名： 続柄： )	
★Be サポートから連絡を差し上げる時： <input type="checkbox"/> オフィス名を出して良い <input type="checkbox"/> 出さないでほしい (担当者名になります)		

1, どのような心配や問題のために来所されましたか？ 困っていることは何ですか？

2, 心配や問題が始まった時期はいつごろですか？ ( 年 月頃 あるいは 歳頃)

その時の様子や始まったきっかけと思われること

3, Beサポートのことは、どこでお知りになりましたか？ どなたから勧められましたか？

4, カウンセリング・相談・心理検査にあたっては、ご本人やご家族のプライバシーの保護を遵守いたします。必要性がある場合には、ご本人（保護者）の方の了解をいただいたうえで、医療機関や支援機関などと情報共有することがありますが、よろしいですか？  はい  いいえ

5, 1で記入した心配や問題のことで、これまでに医療機関を受診されたことがありますか？

通院時期	医療機関名	診断名	受診形態
歳～ 歳まで ・ 通院中			外来 ・ 入院
歳～ 歳まで ・ 通院中			外来 ・ 入院
歳～ 歳まで ・ 通院中			外来 ・ 入院
歳～ 歳まで ・ 通院中			外来 ・ 入院

6, これまでに他の相談機関、保健センター、カウンセリング施設などへ相談または通所をされたことがありますか？

相談時期	機関名
歳～ 歳まで ・ 相談中	
歳～ 歳まで ・ 相談中	
歳～ 歳まで ・ 相談中	

7, 現在通院中・相談中とお答えした方へおうかがいします。Be サポートへ来談されることを通院先・相談先にはお伝えしていますか？

伝えている          伝えていない

8, 今までに心理検査（発達・知能・性格）を受けたことがありますか？

ない

ある（検査を受けた時期          歳ごろ    受けた機関：          ）

9, 現在、精神科系のお薬を服用されていますか？

ない    ある（薬の名前：          ）

今日は、お薬を服用してきましたか？    いいえ    はい（薬の名前          ）

10, 療育手帳、障害者手帳などをお持ちですか？

持っている（種類：          ）（          年          月発行）

持っていない          これから取得を検討している

11, 今までに、40度以上の高熱を何日間も出したことがありますか？    いいえ    はい（          歳ごろ）

頭を強く打つような事故やケガをしたことがありますか？    いいえ    はい（          歳ごろ）

12, 本日の調子は、ここ最近と比べていかがですか？

ほぼ変わらない          調子がいい          調子が悪い（          ）

13, 幼児期について、ご家庭の様子、友だちとの関わり、好きだった遊び、保育園・幼稚園でのことなどを教えてください。

--

14, 学齢期～青年期について教えてください。

	学校名・専攻	成績	学校生活、友人関係、勉強、部活動など いじめや不登校の時期があればそのこともお書きください
小学校	放デイまたは通級利用 あり ・ なし	上・中・下	
中学校	放デイまたは通級利用 あり ・ なし	上・中・下	
高校	普通科・ ( ) 科	上・中・下	
専門学校 ・大学			
大学院等			

15, 主な職歴（アルバイト含む）について教えてください。

職業、職種、業務内容など	勤務期間		
	歳～	歳まで	・ 就業中
	歳～	歳まで	・ 就業中
	歳～	歳まで	・ 就業中
	歳～	歳まで	・ 就業中

職場での様子、人付き合いのことなどお書きください。休職したことがある場合にはそれもお書きください。

--

裏もあります➡

16, 最近の生活について教えてください。(複数回答可)

睡眠について	問題ない	寝つきが悪い	ぐっすり眠れない	悪夢を見る	寝すぎる	昼夜逆転傾向
睡眠時間	平日の就寝時間	時	分頃	平日の起床時間	時	分頃
	ゆうべの就寝時間	時	分頃	けさの起床時間	時	分頃
食事について	毎食食べる	不規則	少量しか食べられない	人と一緒に食べたくない		
	間食が多い	好き嫌が多い	過食ぎみ	過食嘔吐がある		
外出等	問題ない	家族や友達となら外出できる	人の目が気になる	不安が強くなる		
	ほとんど外出できない	自分の部屋に閉じこもっていることが多い				
精神症状の有無	パニック発作	自傷行動	カギ、火の始末などの確認行動	手洗いや清潔のこだわり		
家での過ごし方						

17, ご家族について教えてください。あなたをもっとも理解してくれている人に○をつけてください。(複数回答可)

続柄	年齢	職業・所属など	同居・別居・離婚・死去	や	ご本人との関わり (仲が良い、悪い など)
親・養育者など					
ご自分の兄弟姉妹					
配偶者・パートナー					
		離婚歴	なし	あり ( 回)	
子ども					
同居の祖父母など					

18, ご家族、ご親戚で精神科や心療内科へ受診歴のある方、てんかん・知的障害・発達障害のある方はいますか？

ご本人との続柄	診断名	受診形態
		通院していた・通院中・入院していた・入院中
		通院していた・通院中・入院していた・入院中