

□対象者 氏名： _____ 様 連絡先： _____

性別： 男 女 / 年齢 _____ 歳 / 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所（東部・中部・西部・県外）： _____

□相談者 本人・家族（続柄： _____） → 当院を知った経路： 病院・保健師・役所・ホームページ・その他：
その他 _____ 様 連絡先： _____

⇒ “その他” の場合 所属機関： _____ 職種： _____

□紹介状 なし あり（機関名： _____）

□相談内容 相談のみ 通院希望 入院希望

本人： あり なし / 家族： あり なし / その他： あり（ _____ ） なし

その理由： _____

□精神症状 なし あり： 幻覚 妄想 暴言 暴力 不安 抑うつ 自殺念慮 自殺企図 見当識障害
記憶障害 社会的逸脱行為 てんかん発作 その他： _____

□精神科治療歴 なし あり： 病名： _____ / 依存症（AI ギャンブル 薬物 その他： _____）
医療機関名： _____ 期間 _____

□内科合併症 なし あり： 肝障害 糖尿病 膵臓 末梢神経障害 外傷 その他： _____

医療機関名： _____ 治療期間 _____

相談受付日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（相談時間： AM・PM _____ : _____） 受付者： _____

□詳細な相談内容

[_____]

□相談支援した内容（受診・介入、出前講座、連携業務、その他： _____）

[_____]

□相談後の経過

[_____]

相談受付日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（相談時間： AM・PM _____ : _____） 受付者： _____