作成日　R　　　年　　　月　　　日

メンタルクリニック初診用メモ

名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　　歳　　職業：

①自分が困っていること

身体面：ひどく疲れている、痛みやしびれ（部位）などの身体的症状

こころ：不安感・孤独感・イライラ・将来が絶望的な気持ち・気持ちのアップダウンが激しいなど

生活面：寝ることが出来ない・食べられない・仕事や学校に行けない・人と会いたくない・寝てばかりいる・趣味が楽しめない・性欲が落ちているなど

②困っている状態は、いつごろから続いていますか

例：昨年末から続いている。特にこの2か月で症状が強くなっている感じがある

③何か原因として考えられることはありますか

例：職場の上司から強い口調で注意されることが増えている。職場でも孤立しがちで辛い

④以前にも同じような症状がありましたか？その時期と、その時の治療はどうしましたか？

例：今ほどでは無いですが、前の職場でも同じように上司との関係が悪く、2か月で退職しました

⑤今はどんな生活をしていますか？

例：派遣社員として事務の仕事を週5日。2年前の4月より勤務。現在も何とか仕事に行けている。一人暮らし。週末はほとんど寝て過ごしている。

⑥あなたを支えてくれる一番近い存在は誰ですか

例：母親には色々と相談が出来ます

⑦今日治療に来た目的や期待はなんですか？

例：今の仕事を少しお休みしたいと思っているが、休職の診断書が書いてもらえるか／薬を使ってでも会社に行きたいので、少しでも不眠を治したい／自分が病気なのか甘えなのか分からないので、どんな状態なのか教えて欲しい／生活のアドバイスが欲しい・・・など