

相談内容連絡票

※この連絡票は相談者様がかかりつけ医や精神科医療機関(1次紹介先医療機関)の受診を希望する際に、お渡ししているものです。受診先医療機関においては、この連絡票を相談者様の基本情報としてご活用ください。

作成日 令和 年 月 日

相談者氏名	様	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	生年月日 年 月 日
-------	---	---	------	---------------

1 情報共有の目的 (複数選択可)

診断依頼 治療依頼 生活上の助言 その他 ()

2 現在の症状についてのチェックリスト 実施日 令和 年 月 日

※該当項目にチェックをしてください。

- ① 気持ちが沈みこんだり憂鬱になる、悲しくなったり落ち込んだりすることがありますか。
- ② 仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか。
- ③ いつもよりも食欲が減ったり、体重が減る、または非常に食欲が増えたり、体重が増えていませんか。
- ④ 眠れないことはありますか。寝つきが悪い、何度も目が覚める、または眠気が強くて毎日眠りすぎていることはありますか。
- ⑤ 話し方や動作が普段より遅くなっていたり、じっとしていられず動き回ったりし、それを人から指摘されることはありますか。
- ⑥ いつもよりも疲れやすい、気力が低下していると感じることがありますか。
- ⑦ 自分に価値がないと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか。
- ⑧ なかなか物事に集中できない、考えがまとまらない、なかなか決められないということがありますか。
- ⑨ 死について何度も考えるようになっていませんか。
気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか。

3 治療中の病気 高血圧 糖尿病 脂質異常症

がん(病名:) 心疾患(病名:)

脳血管疾患(病名:) その他()

4 生活状況(ストレスの状況)

仕事	家庭生活
<input type="checkbox"/> 過労	<input type="checkbox"/> 借金
<input type="checkbox"/> 離職(退職)	<input type="checkbox"/> 死別
<input type="checkbox"/> 異動・転勤	<input type="checkbox"/> 別居・離婚
<input type="checkbox"/> 職場の対人関係	<input type="checkbox"/> 家族関係の問題
<input type="checkbox"/> 経営不振	<input type="checkbox"/> 自分の病気
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 家族の病気
()	<input type="checkbox"/> その他
()	()

5 相談の内容(困っていること等)

この「連絡票」の活用により、私の情報が私の支援に携わる専門職で共有されることに同意します。

令和 年 月 日

個人情報が外部に漏れないよう、この連絡票の管理は十分に注意して行います。また、ご本人・ご家族の支援以外の目的で情報を使用することはありません。

ご本人自署

相談機関名:

連絡票記入者:

問合せ先:

事業担当: