

様式第1号

三原市メンタルヘルスサポート事業申込書兼問診票

記入日____年____月____日

※必要事項を記入又は該当するものに○を付けてください。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
名前		男・女	年 月 日	歳
住所	〒 三原市			
電話番号	() —	携帯	—	—
メールアドレス	_____			
職業 学校	1 会社員 2 公務員 3 自営業 4 パート・アルバイト 5 主婦 6 無職 7 学生 (小・中・高・短大・大学・専門学校) 8 休職中 9 就活中 10 その他 ()			
医療保険 の種類	1 社会保険 2 国民健康保険 3 その他 ()			
精神科 通院歴	1 なし 2 過去通院歴あり →通院歴ありの場合： () 年頃 () クリニック・病院・医院 カウンセリング経験 (有 ・ 無)			
治療中の 病気	1 あり (病名： _____、受診医療機関： _____) 2 なし			
家族構成	世帯区分	同居者の続柄、年齢を記入		
	1 単身世帯 2 同居世帯 (同居者について右欄に 記入してください)	例) (続柄 夫、30 歳) 1 (続柄 _____、 _____ 歳) 2 (続柄 _____、 _____ 歳) 3 (続柄 _____、 _____ 歳) 4 (続柄 _____、 _____ 歳) 5 (続柄 _____、 _____ 歳) 6 (続柄 _____、 _____ 歳)		
来所経緯	1 ホームページ 2 チラシ 3 市広報 4 知人からの紹介 5 市の機関からの紹介 6 その他 ()			
困りごと (複数可)	1 人間関係 2 家族問題 3 育児 4 介護 5 職場・仕事 6 学校 7 こころの病気 8 からだの病気 9 性格 10 将来不安 11 ひきこもり 12 依存症 13 ト라우マ 14 その他 []			
現在困っていること、解決したいこと等を記入してください。				

※本事業は三原市の委託事業であり、問診票の情報は三原市へ提供します。個人情報保護に留意し本事業の目的外には使用しません。