

以下の項目は患者さんに関してご記入下さい。

2. 現在、以下のような症状がいつ頃からありますか？（分かる範囲で結構です）

症 状	いつ頃から	症 状	いつ頃から
<input type="checkbox"/> 不眠		<input type="checkbox"/> 不登校・出社拒否	
<input type="checkbox"/> 抑うつ気分		<input type="checkbox"/> 引きこもり	
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	
<input type="checkbox"/> そう状態		<input type="checkbox"/> 食欲低下・拒食	
<input type="checkbox"/> 不安感		<input type="checkbox"/> 過食・嘔吐	
<input type="checkbox"/> 焦燥感		<input type="checkbox"/> 視力低下	
<input type="checkbox"/> 現実への無関心		<input type="checkbox"/> 疲労	
<input type="checkbox"/> 幻覚	内容：		
<input type="checkbox"/> 自殺未遂	内容：		
<input type="checkbox"/> 金銭問題	内容：		
<input type="checkbox"/> 睡眠時間・生活の変化	内容：		
<input type="checkbox"/> 家族間の不和トラブル	内容：（例：喧嘩・離婚など）		
<input type="checkbox"/> 仕事や学業への悪影響	内容：（集中できない・成績が下がった・遅刻・留年・欠勤など）		
<input type="checkbox"/> 家事や育児への悪影響	内容：（家事ができない・配偶者や子供に無関心になったなど）		
<input type="checkbox"/> その他	内容：		

3. ご家族について教えてください。

続柄	年齢	職 業	同居の有無	続柄	年齢	職 業	同居の有無
	才				才		
	才				才		
	才				才		

4. 患者さんの最終学歴を教えてください

中学校 高校 高専 大学 大学院 専門学校

卒業 在学中（第 学年）中退（第 学年）（理由 _____）

学校名 _____ 学部 _____

5. 患者さんの職業歴を教えてください

過去に一度も仕事の経験がない

	年 齢	会 社 名	職 種	雇用形態
①	才～ 才			
②	才～ 才			
③	才～ 才			
④	才～ 才			
⑤	才～ 才			

6. 自殺したいと思ったことや自分を傷つけたことがありますか

ある（具体的に _____） ない

7. インターネットをしますか

する（ _____ 才ごろから）（1日 _____ 時間程度） 禁止中（いつから _____） しない

8. インターネットをする機械は何ですか（複数回答可）

パソコン ノートパソコン 携帯電話 スマートフォン タブレット端末 ゲーム機
（ _____ ） その他（ _____ ）

9. 主にインターネットをする場所はどこですか

自宅 学校・職場 通勤・通学など移動中 インターネットカフェ・マンガ喫茶
その他（ _____ ）

10. インターネットをする目的は何ですか（複数回答可）

情報収集 友達作り・交流 動画・音楽 ゲーム その他（ _____ ）

11. インターネットのどんな機能やコンテンツを利用しますか

ゲーム ソーシャルネットワーク（ミクシィ、グリーなど） ツイッター LINE 動画
ホームページの閲覧 メール 掲示板 チャット メッセージ ブログ
その他（ _____ ）

12. 以下のようなサイトやソーシャルネットワークを利用しますか

グリー モバゲー ミクシィ フェイスブック その他（ _____ ）

13. インターネットや携帯のサイトに親しい友人や恋人、家族と思えるような大切な人がいますか

いる（ _____ 人くらい） いない

14. オンラインゲームを利用しますか

する（ゲーム名： _____ 利用頻度：1日 _____ 時間程度）

15. ソーシャルゲームをしますか

する (ゲーム名 :

利用頻度 : 1 日 時間程度)

16. サイト上で複数のハンドルネーム (ニックネーム、あだ名) を使いますか

使う (人程度)

17. インターネットや携帯サイトの使用料が思った以上に高額になってしまうことがありますか

ある (月 円程度) ない

18. インターネットや携帯サイトで主にどんなことにお金をたくさん使ってしまいますか

接続料・通信料 アバター アイテム・武器などの購入 ガチャ プレゼント

その他 (具体的に)

〈お申込み・お問い合わせ先〉

〒239-0841 神奈川県横須賀市野比 5-3-1

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 地域医療連携室

TEL:046-848-2365 FAX:046-848-2566 E-mail: 220-kikaku3@mail.hosp.go.jp

※当院使用欄

申込者への連絡

済 ・ 未

実施日

年

月

日

時

担当医師名