

<p>⑧ ご家族についてお伺いします。</p> <p>同居している家族構成 ()</p> <p>血縁のご家族、ご親族に心療内科・精神科の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり：ご関係 () 病名、状態など ()</p>
<p>⑨ お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>
<p>⑩ 飲酒、喫煙、カフェイン（コーヒー、紅茶など）についてお伺いします。</p> <p>飲酒：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（週 日）（飲酒内容：種類 : 量 ml）</p> <p>喫煙：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（1日 本） カフェイン：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（種類 : 量 杯）</p>
<p>⑪ お薬治療について(医師の診察)</p> <p><input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>詳細を聞いて必要であれば <input type="checkbox"/>抵抗感があるが説明は聞きたい <input type="checkbox"/>希望しない</p>
<p>⑫ 女性の方にお伺いします。</p> <p>妊娠中ですか：<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>授乳中ですか：<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>⑬ その他のご希望などありましたら、具体的にお書き下さい。</p>
<p>⑭ 当カウンセリングルームをどこでお知りになりましたか。</p> <p><input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>広告 <input type="checkbox"/>通りがかり <input type="checkbox"/>紹介 () から <input type="checkbox"/>その他 ()</p>

ありがとうございました。

カウンセラーにお渡しください。

