

咨询信息表

年 月 日

姓名		性别		年龄		职业		来日年份	年 月
出生日期				籍贯		学校·工作单位名称			
地址	〒								
邮箱						手机号码 (本人)			
紧急联系人 姓名(关系)						电话号码			

家庭成员

关系	年龄	职业	是否同住
			是 否
			是 否
			是 否
			是 否

至今为止有无在精神科就诊或咨询经历 无·有

医疗机关、咨询机关名称	诊断名	期 间			
		从	年	月	到 年 月
		从	年	月	到 年 月
		从	年	月	到 年 月

是否正在服药 无·有 药名_____

咨询内容 (大约从什么时候开始? 由什么事情引起的?)

希望的咨询时间

第 1 志愿	月	日 (星期)	点 ~	点
第 2 志愿	月	日 (星期)	点 ~	点
第 3 志愿	月	日 (星期)	点 ~	点

知道本相谈室的途径

<input type="checkbox"/> 网页	<input type="checkbox"/> 宣传册	<input type="checkbox"/> 经人介绍 (介绍人_____)	<input type="checkbox"/> 其他_____
-----------------------------	------------------------------	--	----------------------------------