

リワーク 問診票

よみがな 氏名	生年月日(西暦) 年 月 日 歳
現住所 郵便番号;	連絡先 自宅: 携帯: 緊急連絡先・ご関係:
当院までの通院時間: 分	
通院(入院)歴: 現在 通院されている医療機関名: 主治医名: 「その他、これまでに大きな病気をされたことはありますか」(既往歴): 「ご家族でメンタル不調になられた方はいらっしゃいますか」(家族歴):	
処方・服薬状況: 1) <input type="checkbox"/> 現在服用している <input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 以前、服用していた 2) 現在服用の種類・量等の説明書を <input type="checkbox"/> 持参している <input type="checkbox"/> 持参していない 3) 2)で持参されていない場合、服用されているお薬の名前と1日の量をご記入ください	
アレルギー : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入下さい(<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬)	
身長: cm 体重: kg <input type="checkbox"/> 最近やせた ()kg <input type="checkbox"/> 最近太った()kg	
睡眠 平均睡眠時間: 時間 起床時間: 就寝時間: <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める <input type="checkbox"/> 夢をよくみる・眠りが浅い <input type="checkbox"/> 熟睡感がない <input type="checkbox"/> 朝目覚めるのが早い <input type="checkbox"/> 眠くて困っている(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 日中昼間 <input type="checkbox"/> 夕) <input type="checkbox"/> いびきをよくかく	
食事 食事時間:①朝 ②昼 ③夕 その他() 食欲: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> なし	
嗜好品 1)飲酒 <input type="checkbox"/> あり :具体的にご記入ください(量・内容・頻度) <input type="checkbox"/> なし 2)喫煙 <input type="checkbox"/> あり	
家族構成: <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 同居家族() 婚姻歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
収入者 : 居住を別にしている親・兄弟姉妹()	
病前性格: 現在の性格:	

勤務先名:	
勤務先所在地: 〒 都 道 府 県	
現在の所属部署:	
業務内容:	
通勤時間:	始業時間: 終業時間:
現在の会社の勤続年数: 年 カ月	
最終学歴:	
資格・技能:	
趣味・特技:	
復職規定の所持: <input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない	
復職期限: 年 月 日	
復職直前(休職期間中)のリハビリ(慣らし・お試し)出勤制度 <input type="checkbox"/> あり (日数・期間:) <input type="checkbox"/> なし	
休職歴: <input type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 過去 回 通算 年 カ月	
今回の休職: 年 月 日～	
休職に至った理由:	
転職歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去 回	
経済状況	有給(残)日数: (現在の状況) <input type="checkbox"/> 有給休暇消化期間: ~ <input type="checkbox"/> 病休期間: ~ <input type="checkbox"/> 傷病手当受給: ~ 迄 <input type="checkbox"/> 生活保護: ~ <input type="checkbox"/> 仕送り等支援:いつから 誰から
リワーク利用について(複数回答可) <input type="checkbox"/> 主治医から勧められた <input type="checkbox"/> 産業医から勧められた <input type="checkbox"/> 職場の上司から勧められた <input type="checkbox"/> 職場の人事部から勧められた <input type="checkbox"/> 職場の健康管理室・保健師等から勧められた <input type="checkbox"/> その他()	
職場復帰を考えたときに浮かぶことは何ですか(ex. 職場に要望したいこと、懸念していること)	
リワーク利用目的 (ご自身が課題と思われるところ…ex. ~ができるようになりたい ~をスキルアップさせたい など)	
スタッフ記入欄	BDI (/)= SASS (/)= AQ-J (/)= 社会的スキル: 注意の切り替え: 細部への注意: コミュニケーション: 想像力:

リワーク 問診票 (見本) *ご不明な点はスタッフにお聞きください

よみがな やまだ たろう
氏名 山田 太郎 生年月日(西暦) 1998年 1月 25日 24歳

現住所 郵便番号:650-0021 連絡先
兵庫県 神戸市 中央区 三宮町 2丁目 自宅:078-599-7365
11-1 プラザマンション 709号 携帯:090-0000-0000
緊急連絡先・ご関係:080-0000-0000(母親)

当院までの通院時間: 30分

通院(入院)歴: 兵庫県立こうち病院 入院1999.9~1999.11

現在 通院されている医療機関名: こうちクリニック
主治医名: 幸地 典子医師
「その他、これまでに大きな病気をされたことはありますか」(既往歴): 20歳時 急性膵炎
「ご家族でメンタル不調になられた方はいらっしゃいますか」(家族歴): 一過性ストレス障害(叔母)

処方・服薬状況:

- 1) 現在服用している 服用していない 以前,服用していた
2) 現在服用の種類・量等の説明書を 持参している 持参していない
3) 2)で持参されていない場合、服用されているお薬の名前と1日の量をご記入ください

ランドセン錠0.5mg 毎食後 ルネスタ錠1mg 1錠 就寝前

アレルギー:

なし
 あり 具体的にご記入下さい(食物 そば 小麦 薬)

身長: 175cm 体重: 65 kg 最近やせた(5ヵ月で5)kg 最近太った()kg

睡眠

平均睡眠時間: 7時間 起床時間: 6時 就寝時間: 23時
寝つきが悪い 途中で目が覚める 夢をよくみる・眠りが浅い 熟睡感がない
朝目覚めるのが早い 眠くて困っている(朝 日中昼間 夕) いびきをよくかく

食事

食事時間: ①朝 7時 ②昼 12時 ③夕 19時 その他(15時コーヒードリンク)

食欲: あり 普通 なし

嗜好品

- 1) 飲酒 あり : 具体的にご記入ください(量・内容・頻度 缶酎ハイ350ml 1缶 毎日)
なし
2) 喫煙 あり なし

家族構成: 単身 同居家族(妻21歳 長男1歳) 婚姻歴: あり なし

収入者: 本人

居住を別にしている親・兄弟姉妹(神戸市灘区内 両親 妹)

病前性格:

真面目、几帳面、神経質

現在の性格: 怒りっぽい せっかち

勤務先名: こうち株式会社	
勤務先所在地: 〒 650-0000 兵庫 都道府県() 神戸市 中央区 三宮町 0-0-00 00ビル 9F	
現在の所属部署: 総務部 経理課	
業務内容: 経理業務(経費、職員の給与管理等)	
通勤時間: 徒歩10分 始業時間: 8:15 終業時間: 17:30	
現在の会社の勤続年数: 2年 1ヵ月	
最終学歴: 兵庫県立こうち大学 経済学部 経済学科	
資格・技能: 簿記1級 珠算1級	
趣味・特技: 旅行 暗記 パソコン	
復職規定の所持: <input type="checkbox"/> 持っている <input checked="" type="checkbox"/> 持っていない	
復職期限: 2024年 3月 31日	
復職直前(休職期間中)のリハビリ(慣らし・お試し)出勤制度 <input checked="" type="checkbox"/> あり(日数・期間:1ヵ月間) <input type="checkbox"/> なし	
休職歴: <input checked="" type="checkbox"/> 今回が初めて <input type="checkbox"/> 過去 回 通算 年 5ヵ月	
今回の休職: 2022年 4月 1日~	
休職に至った理由: 取引先とのトラブルによる上司からの叱責、自信喪失、うつ症状→産業医の勧め	
転職歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去 回	
経済状況	有給(残)日数: 20日 (現在の状況) <input checked="" type="checkbox"/> 有給休暇消化期間: 2022.3.15~2022.3.31 <input type="checkbox"/> 病休期間: ~ <input type="checkbox"/> 傷病手当受給: ~迄 <input type="checkbox"/> 生活保護: ~ <input type="checkbox"/> 仕送り等支援: いつから 誰から
リワーク利用について(複数回答可) <input checked="" type="checkbox"/> 主治医から勧められた <input checked="" type="checkbox"/> 産業医から勧められた <input checked="" type="checkbox"/> 職場の上司から勧められた <input type="checkbox"/> 職場の人事部から勧められた <input type="checkbox"/> 職場の健康管理室・保健師等から勧められた <input type="checkbox"/> その他()	
職場復帰を考えたときに浮かぶことは何ですか(ex. 職場に要望したいこと、懸念していること) 所属部署に戻った際の上司との関係が不安 できれば異動を伴う復職を希望したい	
リワーク利用目的 (ご自身が課題と思われるところ…ex. ~ができるようになりたい ~をスキルアップさせたい など) 対人関係やストレスコーピング方法を習得したい	
スタッフ記入欄	BDI (/)= SASS (/)= AQ-J (/)= 社会的スキル: 注意の切り替え: 細部への注意: コミュニケーション: 想像力: