

ギャンブル依存症外来を受診される方へ

下記事項のご記入及び該当項目にチェック☑をお願いいたします。

・氏名_____

・生年月日（年齢） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

・緊急連絡先（ご家族など）氏名_____（続柄）_____

連絡先_____

1. 最近までしていたギャンブルはなんですか。 _____

2. 最初に始めたギャンブルはなんですか。 _____

3. ギャンブルを始めたきっかけはなんですか。 _____

4. 最後にギャンブルをしたのはいつですか。 _____

5. どのようなお仕事をしていますか。 _____

6. 借金の肩代わりをしてもらったことはありますか。 ない ・ ある

7. 他に治療中の病気はありますか。 ない ・ ある（ _____ ）

8. 借金のために死のうと考えたことはありますか。 ない ・ ある

9. 借金や人間関係から逃げたことはありますか。（例：夜逃げや連絡先を変える）

 ない ・ ある（方法： _____ ）

問診は以上になります。ご記入ありがとうございました。