

پرونده مراقبت مشارکتی

نام و نام خانوادگی بیمار: .....	شماره پرونده مرکز: .....
---------------------------------	--------------------------

فرم روان‌درمانی بزرگسال

نام و نام خانوادگی :	سن :	جنس :	تاریخ :
وضعیت تاهل :	میزان تحصیلات:	شماره تماس :	

شکایت اصلی بیمار

.....

تاریخچه مشکل فعلی (شروع، شدت، تداوم)

.....

وضعیت خلق عمومی، خواب، اشتها و سلامت جسمانی

.....

عملکرد اجتماعی، تحصیلی و روابط بین فردی قبل و بعد از بیماری

.....

تاریخچه خانوادگی

.....

فرمول بندی تشخیصی و طرح درمان (تکنیک های درمانی)

.....

مهر و امضای روانشناس