

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