

相談チェックシート

相談予定日	相談実施日
年 月 日	年 月 日
相談相手	
<input type="checkbox"/> 上司 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 部下 <input type="checkbox"/> 親しい人 <input type="checkbox"/> 人事担当者 <input type="checkbox"/> 産業医	
診断されている乾癬のタイプ	
<input type="checkbox"/> 尋常性乾癬 <input type="checkbox"/> 乾癬性関節炎 <input type="checkbox"/> 膿疱性乾癬 <input type="checkbox"/> 乾癬性紅皮症 <input type="checkbox"/> 滴状乾癬 <input type="checkbox"/> 不明	
現在の自分の乾癬の症状	
乾癬の症状で仕事上困っていること	
相談したいこと	
相談結果 (メモ)	