

問診票

当カウンセリングセンターでは、カウンセリングを行うにあたり、問診票の記入をお願いしております。ご記入が難しいと感じたり、よくわからない項目は空欄のままで結構です。また、インテーク面接の際にお聞きになりたいことや、ご希望などございましたら遠慮なくご記入ください。

記入日：20 年 月 日

ふりがな			
お名前	(男 ・ 女)		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日 () 歳
ご住所	〒		

1. どのようにこのカウンセリングセンターをお知りになりましたか？

インターネット・チラシ・近いので・知人に聞いて・看板・その他

2. 事務手続き等で連絡する必要がある場合の連絡先

連絡先	電話番号	カウンセリングセンターと名乗ってよい
自宅		はい / いいえ [担当者名前を名乗る/その他希望 ()]
携帯		はい / いいえ [担当者名前を名乗る/その他希望 ()]

3-1. 困っている症状、状況はどのようなものですか。

3-2. それはいつごろからですか。

- ・ () 年 () 月頃～
- ・ () 歳ごろ～

3-3. 現在までの症状・状況の変化はどうでしたか。

例) ○年ごろクリニックに通っていた。最近また、～の症状が出ている。

3-4. 症状が現れたり、悪化したきっかけとなるストレス、出来事があれば記入してください。

4-1. これまでにかかられた心療内科、精神科があればお教えてください。

- ・()年()月～()年()月 医療機関()
診断名() 薬の名前()
- ・()年()月～()年()月 医療機関()
診断名() 薬の名前()
- ・()年()月～()年()月 医療機関()
診断名() 薬の名前()

4-2. 心療内科、精神科を含め、現在治療中の病気、服薬中の薬、もらっている医療機関名を教えてください。

- ・医療機関() 診断名() お薬の名前()
- ・医療機関() 診断名() お薬の名前()
- ・医療機関() 診断名() お薬の名前()

5-1. 血縁のご家族、ご親族に精神科、心療内科の病気がある方はいますか。

- ・ご関係() 病態・状態など()
- ・ご関係() 病態・状態など()
- ・ご関係() 病態・状態など()

5-2. ご自身がこれまでにかかられた病気で当てはまるものに✓をつけてください。

- 糖尿病(服薬:あり なし インスリン:あり なし) 不整脈 高血圧
- 心臓疾患(病名:) 脳に関する病気(病名:)
- その他大きな病気、ケガ、事故()

5-3. 以下の項目でお困りのこと、気になる症状があれば、当てはまるもの✓をつけてください。

- 睡眠(眠れない 眠りすぎる) 食事(食欲がない 食欲がありすぎる)
- 体重(減っている 増えている) 喫煙(1日 本) 飲酒(頻度・量:)

6-1. ご自身の性格についてご記入ください。

例) おおらか、こまかい、優柔不断、など

6-2. 教育歴・職業歴についてお伺いします。

①最終学歴 () 卒業 中退 在学中 休学中

②職業歴

() 歳～() 歳 職種 () 立場 ()
() 歳～() 歳 職種 () 立場 ()
() 歳～() 歳 職種 () 立場 ()
() 歳～() 歳 職種 () 立場 ()
() 歳～() 歳 職種 () 立場 ()

6-3. ご家族についてお伺いします。

①ご両親

〔父〕() 歳 職業 () 健康 病気 死亡 (原因)

〔母〕() 歳 職業 () 健康 病気 死亡 (原因)

②兄弟姉妹 なし あり (人中 番目)

③配偶者 なし [未婚 離婚 死別 (原因)]

あり () 歳 職業 ()

④子ども なし あり (例: 男 13 歳/)

7-1. カウンセリングを通して、なりたい姿、目指すことなどご希望を教えてください。

例) 働き続けるようになりたい、症状と上手く付き合えるようになりたい、自分を好きになりたい、苦手なことを克服したい

7-2. お聞きになりたいことや、面接に関するご希望があれば何でもお書きください。

お疲れ様でした。ご協力ありがとうございました。