

心理カウンセリング 問診票

ID: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			
氏名:		男・女	年齢 歳
職業・所属機関	最終学歴 (あてはまるところに○をつけてください) 中学・高校・専門学校・短大・大学・大学院 学校名 _____ (□卒業 □中退 □在学中)		

● 今困っていることや相談したいことはどのようなことですか？

- 対人関係のこと 自分自身のこと 家族のこと 仕事や学校のこと その他

具体的にお書きください

● 困っていることや相談したいことはいつ頃から始まりましたか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から または _____ 歳頃から

● 思い当たるきっかけや出来事がありますか？

● 上記のことで、これまでに病院や相談機関にかかりましたか？また現在かかっていますか？

- いいえ
- これまでにかかったことがあるが、現在はかかっていない
→いつ頃どちらに相談されましたか？ _____
- 現在かかっている → 病院名・機関名を教えてください _____
現在、服用中の薬はありますか？ いいえ はい
今回カウンセリングを受けることを主治医に相談されましたか？
 はい いいえ

● 上記のこと以外で、これまでに精神科や心療内科、専門の相談機関などに相談されたことはありますか？

- ない
- ある → いつ頃どちらに相談されましたか？ _____
カウンセリングを受けたことはありますか？ はい いいえ

● 今回、どのようなことをカウンセリングに望んでおられますか？

- 解決したい問題がある 気持ちの整理をしたい 自分の行動や習慣を変えたい
 話を聞いてほしい 自分について知りたい その他()

● これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

- ない
 ある → 具体的に _____

● 家族構成についてご記入ください。

続柄	名前	年齢(学年)	職業など	同居
例) 夫	太郎	40歳	会社員	○
その他(祖父母など)				
その他(祖父母など)				

※ ご家族の中に精神科や心療内科にかかれたことのある方はおられますか？

- いる いない
→ 具体的に _____
()

● ご家族のことで何か心配事がありますか？ または、過去に心配事がありましたか？

- ない
 ある → 具体的に _____

● 当院では、他の病院や学校、職場、関係機関との情報共有・連携を行うことができます。

- 他機関との情報共有・連携を希望する
 他機関との情報共有・連携は希望しない
 考え中

● 緊急事態が起こった時など、ご家族などに連絡する必要がある場合の連絡先をご記入ください。

緊急連絡先【 () 】
お名前 _____ (続柄 _____)

● 当院の「心理カウンセリング」のことをどのようにしてお知りになりましたか？

- 当院診療科 当院のホームページ ちらし 知人の紹介
 医療機関や専門機関からの紹介 → 具体的に _____