

記入日 年 月 日

カウンセリングルームいちご 問診票

ふりがな		生年月日	
氏名			年 月 日()
住所	〒	職業	
電話番号		出身地	都・道・府・県
メールアドレス		結婚歴	未婚、既婚、離婚、死別

1 カウンセリング(心理検査)で相談したいことは何ですか？

家族 職場 学校 性格 症状緩和 発達障害 過去のトラウマ

将来のこと その他()

具体的にお書きください。

2 カウンセリング(心理検査)についてどのようなことを希望されていますか？

話を聴いてほしい アドバイスが欲しい 問題を解決したい 心理検査をしたい

その他()

3 家族歴について教えてください。

続柄	年齢	職業	同居の有無	備考
			同居・別居・死別	
			同居・別居・死亡	

4 これまで、カウンセリングを受けたり、精神科心療内科を受診されたことがありますか。
いずれもなし、

あり (カウンセリング 受診 カウンセリングと受診)

(機関名： 、期間： 年 月～ 年 月まで)

5 学歴について教えてください。(高校、大学、専門学校は学校名も教えてください。)

公立・私立 中学校

公立・私立 高等学校 公立・私立 卒業・中退

大学・専門学校 卒業・在学中(年生)・中退

差し支えなければ、学科(専攻)を教えてください。

その他(大学院や留学など)

6 当カウンセリングルームを知ったきっかけは何ですか？

ホームページ・X(Twitter)インターネット検索(グーグル、ヤフー)、エキテン、

友人・知人から紹介された、家族()からすすめられた

他機関()から紹介された

チラシ パンフレット その他()

7 当カウンセリングルームを利用したいと思った決め手は何ですか？

備考：