

心理カウンセリング問診票

メンタルケア研究室

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	歳
氏名			昭和・平成・令和	年 月 日
住所				
電話番号		職業		

(1) 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？

(2) 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？

(3) 上記の困っていることのきっかけとなる出来事に心当たりはありますか？

(4) 上記のことで病院や相談機関に行きましたか？

・いいえ

・これまでに通院していたが、今は行っていない

(5) 現在、通院している

病院・機関名：

現在服用中の薬：

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

(6) (1) 以外のことで病院や相談機関に行ったことはありますか？

・ありません

・あります：いつ頃どんなことで？

(7) 今回の来所は：自分の希望で・家族の勧めで・その他（ ）

(8) 睡眠の状態はいかがですか？

(9) 食欲の状態はいかがですか？

(10) 体重変化（3か月間でどのくらいですか）：

(11) 把握している精神科の病気をあげてください：

(12) 今回、どのようなことをカウンセリングに望んでいますか？

- ・解決したい問題がある
- ・気持ちの整理をしたい
- ・話を聞いて欲しい
- ・自分自身について
- ・暴露法や行動実験をしたい
- ・精神付添人でストレスを発散したい
- ・心理教育を受けたい
- ・心理テスト・評価を受けたい
- ・マインドフルネス実施
- ・対面カウンセリングを受けたい
- ・一人でできる精神療法ワークの指導を受けたい
- ・その他

(13) ご家族について

・父は： 健在 ・ 死去 ・母は： 健在 ・死去

・兄弟姉妹：

・配偶者： あり・ なし 子供： あり ・ なし () 人

・今、一緒に進んでいるご家族は？：

(14) ご家族で精神科や心療内科に通院している方はいますか？

いない ・ いる

続柄：

病名：

(15) 緊急事態が起きた際のご家族などの連絡先をご記入ください

緊急連絡先電話番号：

お名前：

続柄/ご関係：

備考