

カウンセリングルーム CuReco 問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
現住所	〒		
電話(自宅)	()	自宅への電話連絡 可・否	
緊急連絡先	()	(続柄:)	
携帯電話			

以下の質問は、お話しを伺う際に、あなたについて理解を深めるものです。ご協力お願いいたします。

1. 今までに、今回ご相談される件で他機関に相談されたことはありますか? あり・なし
 ある方 【 年 月頃～ 年 月頃】 【機関名 ()】
 【医者：診断名 () ・ 心理 ・ その他 ()】
 【服薬： あり () ・ なし】

2. 今困っていること・相談したいことはどんなことですか?

3. 相談したいことは、いつ頃始まりましたか? 年 月 日 (または 歳頃) から

4. きっかけと思われることはありますか?

5. これまでどのように対応されてきましたか?

6. カウンセリングに求めるものを教えて下さい。(当てはまるものを○で囲んで下さい)
 解決したい問題がある 気持ちの整理をしたい 自分(性格や考え方)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 ()

7. このカウンセリングルームのことは、どのように知りましたか?

8. 保険診療外によるカウンセリングと保健診療内によるカウンセリングのどちらを望みますか?

9. 最終学校名 「 _____ 」 卒業・在学中（ _____ 年）・中退

10. ご職業

11. 結婚した年齢 _____ 歳 未婚 再婚（ _____ 歳）

12. 家族について

- 死亡した場合は（△ _____ 歳）と記入して下さい。
- 兄弟姉妹子どもの欄は、左から順に男女と年齢を記入して下さい。
- 他に同居人がいれば記入し現在同居している人を丸で囲って下さい。

