

No,

年 月 日

問 診 票

(ふりがな)
氏名

生年月日

西暦 年 月 日 (歳)

住所

電話番号

緊急連絡先 (ご本人との関係)

()

本日相談したいこと

- それはいつ頃からですか? ()
- カウンセリングにはどのようなことを期待していますか?
☐話を聞いてほしい ☐気持ちの整理をしたい ☐解決したい問題がある
☐自分の行動や習慣を変えたい ☐自分について知りたい ☐その他 ()

通院歴について教えてください (身体科および精神科、カウンセリングなど)

- 現在通院している病院 ☐なし ☐あり (通院先名:)
➡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
- 過去に通院していた病気 ☐なし ☐あり (診断名:)
- 服薬中のお薬 ☐なし ☐あり (お薬の名称:)
- カウンセリングを利用したことがありますか? ☐なし ☐あり ()

ご家族について教えてください

- ご両親はご健在ですか? ☐はい ☐いいえ ()
- 兄弟姉妹 ☐なし ☐あり (人中 番目)
- 結婚歴 ☐未婚 ☐既婚 ☐離婚 子供 ☐なし ☐あり ()
- 現在同居中の方 ()
- 頼れる方はいらっしゃいますか? ☐あり () ☐なし

生育地・教育歴について教えてください

- 主な生育地 (県 市)
- 最終学歴 ☐中学校 ☐高校 ☐専門学校 ☐短期大学 ☐大学 ☐大学院 ☐その他
(学校名: 学部:)

お仕事について教えてください

現在のご職業 ☐あり () ☐なし

相談頻度や相談形態について (あくまで現状の希望としてお聞かせください)

相談頻度: ☐単発 ☐月1回 ☐週1回 ☐2週に1回 ☐よくわからない
相談形態: ☐対面相談 ☐オンライン相談 ☐よくわからない

こころの中庭
ibasyo

株式会社 OTONOLOGY
東京都町田市森野1-38-3 桜井ビル3F