

初回質問票

この質問票は、あなたのことを多角的に理解し、最適な支援を行うためのものです。答えにくい箇所や、今は書きたくない箇所は空欄で構いません。 記入日： 年 月 日

基本情報

氏名 (イニシャル可)	
生年月日	年 月 日 (歳)
家族構成	〈同居の方〉 〈別居の方〉 ご家族はカウンセリングを受けることをご存知ですか? はい ・ いいえ
職業・ご所属	職業： 所属先：
緊急連絡先	(続柄：) 連絡の可否：可・否

ご利用してみたいサービス (複数回答可)

- 対話カウンセリング ウォーク&トークセラピー ストレス・トラウマのケア
 話さないカウンセリング (身体・作業・アート等) 心の健康教育 メンタルトレーニング
 心理検査 決まっていない・わからない その他 ()

本日のご相談について

◆ 本日相談したいことを、簡単にお書きください (カウンセリングに期待することなど)

◆ 今の困りごとは、大体いつ頃から続いていますか。最もつらかったのはいつですか。

◆ つらいとき、あなたの助けになってくれるものはありますか。(人・モノ・事柄など)

◆ 困りごとへの対処として、これまでに何か試したことはありますか。

◆ もし困りごとが解決したら、どんな風になりそうですか。何をしてみたいですか。

普段の生活について

〈睡眠の様子〉 良好 ・ 普通 ・ 不調 → 詳しく：

〈食事の様子〉 良好 ・ 普通 ・ 不調 → 詳しく：

〈体調・痛み等〉 良好 ・ 普通 ・ 不調 → 詳しく：

