

# 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
名前		男・女	西暦・大・昭・平	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -		結婚	独身(結婚歴あり・なし)・既婚
			電話番号	- -
メール		職業		

以降の質問はカウンセリングをされる際にあなたについて理解を深めるためのものになります。  
ご協力お願い致します。

1. 現在、困っている事、気になっている事はどんな事ですか？(複数選択可)

友人・家族・育児・職場・学校・病気・人生や将来・恋愛・ひきこもり・依存症・トラウマ・その他

その他、困っている事があれば、詳細を自由にお書きください。

2. 1の困り事はいつ頃から始まりましたか？

年 月 日 (または 歳頃から)

3. きっかけと思わる事はありますか？

4. 今までに上記内容で他機関にご相談、治療を受けられた事はありますか？

はい・いいえ

それはいつ頃ですか？(はい、を選択した方のみ)

年 月 日 (または 歳頃から)

5. 家族構成を教えてください。

続柄	年齢	同居/別居/死亡	既婚/未婚/離婚	備考
父				
母				

書ききれない場合は、裏面にご記載ください。

ご協力ありがとうございました。

【担当者確認欄】