

※こちらで記入いたします

No.

## 初 め て の 方 へ

平成 年 月 日記入

下記の項目についてご記入下さい。選択肢のあるものは該当項目を○で囲んで下さい。

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 歳)

ご住所 \_\_\_\_\_

お電話番号 (連絡してよい方の口にチェックを入れてください)

(自宅) ( ) \_\_\_\_\_

(携帯) ( ) \_\_\_\_\_

※こちらからお電話する時カウンセリングルームと名乗って差し支えありませんか? (はい・いいえ)

いいえの方はカウンセラーの個人名でおかけいたします。

E-mail (送信してよい方の口にチェックを入れてください)

(PC) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 最終学歴 \_\_\_\_\_

◆ご相談内容(お困りのこと・苦しいこと)をお書き下さい

◆それはいつから感じているか又は困っていますか?

◆ご相談内容に書かれたことについて、思い当たるきっかけ・原因などがありますか?(ある・ない・わからない)

◇あると答えた方:それはどんなことでしたか?

◆今までに同じようなことはありましたか?あればそれはいつごろでしたか?

◆現在通院されていますか？（はい・いいえ）

◇はいと答えた方は何科に通院されているかお書き下さい。

◆服用中のお薬はありますか？（はい・いいえ）

◇はいと答えた方：以下に○をするか内容をお書き下さい

鎮痛剤    ピル    便秘薬    他：例）マイスリー（不眠のため）

◆睡眠はとれていますか？あてはまるものに○をつけ、必要なところをご記入ください。

とれている    眠りすぎる    寝付くまでに時間がかかる（床に入ってから    分/時間）    途中で起きる  
早朝に起きて寝つけない    日中眠い    悪夢を見る    寝るのが怖い    寝ている間に何かやっているらしい  
他：

◆お食事は食べられていますか？あてはまるものに○をつけ、必要なところをご記入ください。

普通に食べている    食欲がない    食べ過ぎてしまう    空腹感がない    知らない間に何か食べているらしい  
味を感じない    制限している（理由：    ）  
他：

◆今までにケガや病気で通院または入院したことはありますか？（はい・いいえ）

◇はいと答えた方：いつ頃、何の症状で、何科に、どれくらいの期間通院または入院されていましたか？

◆今までにカウンセリングを受けたことがありますか？（はい・いいえ）

◇はいと答えた方：いつ、どんなご相談をされていましたか？

◆アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

◇はいと答えた方：以下に内容をお書き下さい（例：喘息    アトピー    食べ物）

◆ご出身地はどちらですか？    \_\_\_\_\_ 都道府県    \_\_\_\_\_ 区市町村

◇転居歴があればお書き下さい。（例：4歳    父の転勤のため    東京都中野区→北海道札幌市）

◆当カウンセリングルームを何でお知りになりましたか？

ホームページ    紹介    リーフレット    i タウンページ    他（    ）