

カウンセリング・心理検査 インテーク シート

このシートは、これからカウンセリングや心理検査を実施していくうえでの参考とするものです

ご記入いただいた内容は、心理面接・心理検査にのみ参考とし、秘密を厳守いたします

ふりがな
お名前： _____（性別： _____）

記入日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在 _____ 歳

連絡先：ご住所：〒 _____

お電話番号①： _____ ②： _____

メールアドレス： _____

連絡のつきやすい時間帯： _____

継続して来室可能な曜日や時間帯： _____

* 困っていること、相談したいこと：

* それはいつ頃からですか：

* そのことについて、これまで誰かにご相談されたことはありますか はい ・ いいえ

* これまでに、カウンセリングを受けたことがありますか はい ・ いいえ

* これまでに、心理検査を受けたことがありますか はい ・ いいえ

* これまでに、精神科や心療内科を受診されたことがありますか はい ・ いいえ

* 現在、精神科や心療内科を受診されていますか はい ・ いいえ

* これまでにかかった大きな病気やケガがあればお書きください

（ _____ ） 裏面につづきます→

