

面談カウンセリング問診フォーム（初回記入必須）

ご氏名	生年月日 T・S・H・西暦 年 月 日	自宅電話 / 携帯電話
ご住所 () 都・道 府・県		ご覧頂いた広告 HP・雑誌・紹介・チラシ・その他 ()
メールアドレス @		性別 男性 ・ 女性
家族構成 既婚 (子供 人) ・ 未婚	職業	趣味
訪問理由		

精神科（心療内科）・カウンセリング等のご利用がありますか？

はい ・ いいえ

お薬を飲用されていますか？

はい () ・ いいえ

身近にご相談出来る方はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ

最近一番多く自覚出来る感情はどれですか？

嬉しい・楽しい・面白い・凄い・好き・嫌い・寂しい・悲しい・悔しい・辛い・きつい・情けない・恥ずかしい
・ムカムカ・ドキドキ・モヤモヤ・ウキウキ・ワクワク・怖い・不安・不満・苦しい・怒り・恨み・痛み

何かしらの病気を診断されていますか？

はい () ・ いいえ

妊娠していますか？

はい ・ いいえ

コメント：

タバコはお吸いになりますか？

はい (1日 本) ・ いいえ

アルコール類をお飲みになりますか？

はい (1日 杯) ・ いいえ

薬物（麻薬等）のご経験はありますか？

はい () ・ いいえ

コーヒーや紅茶はお好きですか？

はい ・ いいえ

コメント：

海は怖いですか？

はい ・ いいえ

暗闇は怖いですか？

はい ・ いいえ

死は怖いですか？

はい ・ いいえ

締め切った部屋や場所は怖い、または苦手ですか？（エレベーター等）

はい ・ いいえ

異性は苦手ですか？

はい ・ いいえ

同性は苦手ですか？

はい ・ いいえ

大人・年上の方は苦手ですか？

はい ・ いいえ

子供・年下の方は苦手ですか？

はい ・ いいえ

広い部屋や場所は怖い、または苦手ですか？

はい ・ いいえ

人が集まる場所は苦手ですか？

はい ・ いいえ

高い所は苦手ですか？

はい ・ いいえ

飛行機は苦手ですか？

はい ・ いいえ

動物は苦手ですか？

はい ・ いいえ

曇りの日は気分が重くなりますか？

はい ・ いいえ

速いスピードは苦手ですか？

はい ・ いいえ

将来の事は不安ですか？

はい () ・ いいえ

環境の変化は苦手ですか？ (人や場所)

はい ・ いいえ

知らないもの、知らない人は怖いですか？

はい ・ いいえ

誰かがあなたを傷つける事があるかもしれないですか？

はい ・ いいえ

ご家族があなたを傷つける事があるかもしれないですか？

はい ・ いいえ

恥をかく事は怖いですか？

はい ・ いいえ

魔法をかけられたりする事は怖いですか？

はい ・ いいえ

車の運転は怖いですか？

はい ・ いいえ

コメント：

宗教団体に属していますか？

はい () ・ いいえ

あなたは宗教に熱心ですか？

はい ・ いいえ

瞑想や座禅の経験はありますか？

はい ・ いいえ

コメント：

あなたはどんなところが人より優れていると思いますか？

あなたはどんなところが人より劣っていると思いますか？

あなたは不幸ですか？

はい ・ いいえ

自分の背後で話をされていると自分の批評をしている様に思いますか？

はい ・ いいえ

コメント：

あなたの職業は？

業種：

職種：

あなたの仕事は前向きなお仕事だと思いますか？

はい ・ いいえ

仕事を失う事は怖いですか？

はい ・ いいえ

仕事に行く事は苦痛ですか？

はい ・ いいえ

あなたの仕事は危険性を伴いますか？

はい ・ いいえ

仕事上の敵やあなたを羨む人がいますか？

はい ・ いいえ

夜に仕事がありますか？ そのペースは？

はい () ・ いいえ

残業が苦痛ですか？

はい ・ いいえ

仕事までの道のりは長いですか？

はい ・ いいえ

野心を無くしていますか？

はい ・ いいえ

お金が不幸をもたらすと考えますか？

はい ・ いいえ

貧困が怖いですか？

はい ・ いいえ

形式にうるさい方だと思いますか？

はい ・ いいえ

仕事やそれに関わる教育を放棄した事がありますか？

はい ・ いいえ

家族からのサポートを受ける事は少ないですか？

はい ・ いいえ

あなたは知的な方ですか？

はい ・ いいえ

コメント：

悪夢や不快な夢を見ますか？ はい いいえ

夢をカラーで見ますか？ はい いいえ

エロティック、セクシーな夢を見ますか？ はい いいえ

正夢を見たりしますか？ はい いいえ

深い眠りにつく事は出来ますか？ はい いいえ

夜中に目を覚ます事がありますか？ はい いいえ

朝の目覚め時の気分は良いですか？ はい いいえ

コメント：

過去の事は良く考えますか？ はい いいえ

過去はあなたにとって大切なものですか？ はい いいえ

過去の何かに罪悪感がありますか？ はい いいえ

過去に何かやり遂げていないものがありますか？又は感じますか？ はい いいえ

亡くなった方の事を考える事がありますか？ はい いいえ

今までの人生を振り返ると何も無かった…と考える事がありますか？ はい いいえ

コメント：

家族の誰かに対して怒りを抱いていますか？ はい いいえ

【はい】と答えた方は、それはどなたですか？

兄弟（姉妹）はいますか？あなたは何番目ですか？ はい いいえ

父親・母親はご健在ですか？ はい いいえ ()

肉体的・言葉等で酷い扱いや仕打ちを受けた事がありますか？ はい () いいえ

ご家族に精神的な病をお持ちの方がいますか？ はい () いいえ

コメント：

セックスは異常なもの、汚れたものと思いますか？ はい いいえ

セックス無しで生活出来ると思いますか？（セックスレスを含む） はい いいえ

不感症やインポテンツのお悩みがありますか？ はい いいえ

オルガズムに達する事は難しいですか？ はい いいえ

同性愛の経験はありますか？ はい いいえ

性的な虐待を受けた事がありますか？

【はい】と答えた方は、それは何歳の頃ですか？ はい いいえ

コメント：

最近良く考える事は何ですか？ _____

将来の夢はありますか？ _____

あなたが一番好きなもの、興味があるものはなんですか？ _____

海という言葉からどんなイメージが浮かびますか？

イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由

森という言葉からどんなイメージが浮かびますか？

イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由

あなたが好きな動物は何ですか？

イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由

あなたが好きな鳥は何ですか？

イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由
イメージ	理由

あなたが好きな飲み物は何ですか？それはどれ位好きですか？

イメージ	度合	%	理由
イメージ	度合	%	理由
イメージ	度合	%	理由
イメージ	度合	%	理由

※お答え頂いた内容と情報は個人情報保護法の観点から当方で責任持って管理し遵守致します。

担当カウンセラー： _____

予想カウンセリング回数： _____ 回

推奨プラン： _____

その他・備考
