心理カウンセリング　問診表

記入日:　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男　・　女
氏名		生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日	
現住所	〒		
電話(自宅)	(　　)	自宅への電話への電話連絡	可　・　否
緊急連絡先	(　　)	お名前	(続柄:　　)
携帯電話			

以下の質問は、お話を伺う際に、あなたについて理解を深めるものです。ご協力をお願いいたします。

■ **今困っていることや相談したいことはどのようなことですか？**

□対人関係のこと　□自分自身のこと　□家族のこと　□仕事や学校のこと　□その他

具体的に・・

■ **困っていることや相談したいことはいつ頃から始まりましたか？**

＿＿＿＿＿＿年　　月　頃から　　または　＿＿＿歳　頃から

■ **思い当るきっかけや、できごとはありますか？**

■ **上記のことで、これまでに病院や相談機関にかかりましたか？　また現在かかっていますか？**

□ いいえ

□ これまでにかかったことがあるが、現在はかかっていない

→いつ頃どちらに相談されましたか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 現在かかっている → 病院名・機関名を教えてください ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現在、服用中の薬はありますか？　□ いいえ　□ はい

今回カウンセリングを受けることを主治医に相談されましたか？

□ はい　□ いいえ

■ 今回、どのようなことをカウンセリングに望んでおられますか？

☐ 解決したい問題がある　☐ 気持ちの整理をしたい　☐ 自分の行動や習慣を変えたい

☐ 話を聞いてほしい　☐ 自分について知りたい　☐ その他(　　)

■ 最終学校名「　　」卒業　・　在学中(　　年)　・　中退

■ ご職業:

■ 結婚した年齢＿＿＿歳　・ 未婚　・離婚した年齢＿＿＿歳　・ 再婚＿＿＿歳

■ 家族構成についてご記入ください。

	続柄	年齢	同居／別居／死亡	職業	既婚／未婚／離婚
家族(現家族や現在同居中の人)	父	歳			
	母	歳			
		歳			
		歳			
		歳			
		歳			
		歳			
		歳			

＊ご家族の中に精神科や心療内科にかかられたことのある方はおられますか？

☐ いない

☐ いる → 具体的に（　　）

■ 何かご要望が有ればご記入ください。

心理カウンセリング同意書

（料金）　カウンセリング料金は、初回は1回60分3850円（税込）で、2回目以降は30分2750円（税込）、50分3300円（税込）です。

（キャンセル）　キャンセルの時には、前日までに電話かメールでご連絡ください。

（遅刻）　予約時間に遅れても、終了時間の延長はできません。

（連携）　自傷・他害や生命の危険性などがあれば、必要に応じて、担当者は主治医や・学校・勤務先・ご家族に連絡を取ることがあります。

（未成年）18歳未満の方のカウンセリング開始は保護者の同意と署名が必要です。

（中止）　暴力行為や暴言、クリニックの運営に支障がある場合にはカウンセリングを打ち切ります。

（責任）　カウンセリング外の事について、担当者は責任を負うことはできません。

（通院中）　精神科や心療内科に通院中の方は主治医の許可が必要です。

（研究と研修）臨床心理学の発展と、担当者の資質向上のためカウンセリングの一部を研究発表することがあります。その場合には個人が特定されないように配慮いたします。

（個人情報）　管理する個人情報は適正に管理し、目的外に使用することはありません。
ただし、関連機関との連携、生命や財産の危機、法律上の必要、などがある時には個人情報の開示をすることがあります。

（記録の保管）　管理する個人情報は最終面接日から5年で破棄する場合があります。

こころとからだつむぐクリニック
電話　0943-24-8516
院長　　岩田　悠希
公認心理師・看護師
平井亜由美

以上のことに同意してくださる場合にはご署名をお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者（未成年の場合）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿