

初回質問票

NO.

記入日: 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日(歳)
家族構成 (歳)	ご家族はあなたがカウンセリングを受けることを知っていますか? はい ・ いいえ		
職業		婚姻	既婚 (離婚・死別を含む) ・ 未婚
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
メールアドレス		最終学歴	

- ころ sofa を知ったきっかけを教えてください。あてはまるところに○をつけてください。

ホームページ パンフレット 看板 YouTube その他 ()

医療・教育関係者等からのすすめ、家族、知人からの紹介 (どなたから)

- 本日相談したいことを簡単にお書きください (カウンセリングに期待することなど)

困りごとはだいたいいつ頃から続いていますか?	
一番ひどかったのはいつ頃ですか?	

- 困りごとがすべてなくなったとしたら、何がしたいですか? 何をしてみたいですか?

- これまで、困りごとを解決するために自分でやってみたことはありますか?

- つらいとき、あなたを理解し、協力してくれる、助けになってくれるものは何ですか? (人・モノ・事柄等)

■ あなたの普段の生活についておたずねします。

<起きる時間・寝る時間> 起きる時間： _____ 時頃 寝る時間： _____ 時頃

<休みの日の過ごし方>

<好きなこと、楽しいこと、興味関心があること（なんでも）>

<学生時代に熱心に取り組んでいたこと（趣味・部活・習い事など）>



■ 不登校・休職で困っている方におたずねします。

学校に行かなくなった日		学校に戻る日（予定）	
過去の不登校歴	年 月 ~ 年 月	年 月 / 年 月 ~ 年 月	

休職開始日		復職日（予定）	
過去の休職歴	年 月 ~ 年 月	年 月 / 年 月 ~ 年 月	

■ こころの医療機関に通院中もしくは通院歴のある方におたずねします。

病院名（主治医の名前）	
診断名	
期間・通院頻度	開始時期： _____ 頻度(何週間に1回など)： _____ 入院歴のある方： 年 月 日 ~ 年 月 日
服薬（薬名と量(mg)）	お薬の効果はありましたか？ はい・いいえ
紹介状はお持ちですか？	はい・いいえ（次回以降お持ちいただける場合は「はい」）
主治医はカウンセリングを受けることをご存知ですか？	はい・いいえ

■ その他、言っておきたいこと、気をつけてほしいことなどありましたら、お書きください