

ADULT CLIENT INFORMATION

DATE(今日の日付): _____

Name(おなまえ): _____ Date of Birth(生年月日): _____

Age(年齢): _____

Street Address(住所): _____

City(市): _____ State(州): _____ Zip(郵便番号): _____

Phone: (家の電話番号) _____ (Work/職場) _____ Cell/Pgr (携帯
電話番号) _____

Occupation(職業): _____ Place of Employment(職場の所在地):

Can you be contacted at work (職場へ治療に関する連絡をしてもよいか)? YES, NO

Can we leave a message on answering machine

(職場の留守番電にメッセージを残してもよいか)? YES, NO

Marital Status (独身=Single, 既婚=Married): _____

Anniversary Date (結婚記念日): MM _____ YEAR _____

If divorced, how long (離婚暦がある場合は離婚してから今までの期間)? _____ Number of

Marriages (結婚回数) _____

Referred by (主治医名、あるいは当院を紹介した医師の名前):

May we mail a Thank You letter to them (その医師に感謝状を出すべきか)? YES, NO

Address of referral source, if known (紹介した医師の住所。もし分かれば。):

カウンセリング開始のための質問用紙

すべての項目に答えるまで45分程かかります。この用紙に記入していただくことで、カウンセリングの貴重な時間を大幅に節約し、より有効に時間を使うことができます。

現在の困りごと：なぜあなたは治療を受けたいのでしょうか？どんな行動、感情、考え、問題があなたの生活に苦痛や困難をもたらしているのでしょうか？

あなたの目標：どんな風になりたいのでしょうか？あるいは、どんな風にあなたや家族のために何が違っていたらいいと思いますか？

現在の生活状況

住居：アパート(賃貸・所有)・マンション(賃貸・所有)・一軒家(賃貸・所有)・その他
()

独身 既婚 離婚を経験された(回) 別居中 配偶者を亡くされた

現在、または過去の結婚期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月)

あなたの家族や同居者について

一緒に生活している人数： 人

年齢 あなたとの関係 一緒に住んでいますか？(はい・いいえ)

年齢 あなたとの関係 一緒に住んでいますか？(はい・いいえ)

年齢 あなたとの関係 一緒に住んでいますか？(はい・いいえ)

年齢 あなたとの関係 一緒に住んでいますか？(はい・いいえ)

年齢_____あなたとの関係_____ 一緒に住んでいますか？(はい・いいえ)

年齢_____あなたとの関係_____ 一緒に住んでいますか？(はい・いいえ)

問題の種類

以下の項目を読まれて、現在お困りのことに当てはまるようでしたら□にチェックをしてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 不安・心配 | <input type="checkbox"/> 自分を傷つける行為 |
| <input type="checkbox"/> 家族への気がかり | <input type="checkbox"/> 教育的な問題 |
| <input type="checkbox"/> 恐怖感、パニック症状 | <input type="checkbox"/> 雇用・職場での問題 |
| <input type="checkbox"/> 強迫的な思考、行動 | <input type="checkbox"/> 経済的な問題 |
| <input type="checkbox"/> 体重や食べることに関する問題 | <input type="checkbox"/> 結婚や人間関係の問題 |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に見る悪夢、繰り返し浮かぶ嫌な記憶 | <input type="checkbox"/> 子どものストレス |
| <input type="checkbox"/> 感情的な敏感さ | <input type="checkbox"/> 家族を世話することへのストレス |
| <input type="checkbox"/> 怒り（のコントロールの難しさ） | <input type="checkbox"/> 不安な、気弱さ、自信のなさ |
| <input type="checkbox"/> 生活の変化への適応の難しさ | <input type="checkbox"/> 自尊心の低さ |
| <input type="checkbox"/> 奇妙な思考や体験 | <input type="checkbox"/> 社会的な状況への居心地の悪さ |
| <input type="checkbox"/> 自分をコントロールしている感覚の欠如 | <input type="checkbox"/> 孤独感、淋しさ |
| <input type="checkbox"/> 世界とつながっている感覚の欠如 | <input type="checkbox"/> 友人関係の問題 |
| <input type="checkbox"/> 忘れやすさ | <input type="checkbox"/> 宗教上、スピリチュアルへの気がかり |
| <input type="checkbox"/> 集中の困難さ | <input type="checkbox"/> 身体、健康への気がかり |
| <input type="checkbox"/> しばしば緊張やリラックスできない | <input type="checkbox"/> 性的な事柄への気がかり |
| <input type="checkbox"/> 睡眠の問題 | <input type="checkbox"/> アルコールや薬物に関して |
| <input type="checkbox"/> 大切な人を亡くしたことについて | <input type="checkbox"/> ギャンブルに関して |
| <input type="checkbox"/> 何かをやり遂げるためのエネルギーのなさ | <input type="checkbox"/> お金を使うことに関して |
| <input type="checkbox"/> 絶望感、圧倒される感覚 | <input type="checkbox"/> パソコンやネット、ゲームに時間を使いすぎる |

いらいらしやすい

法的な問題

罪悪感や後悔

トラウマからのストレス

多くの時間不幸を感じる

安全でない、危険な行動をとってしまう

自殺について考える

その他：

どの領域が現在うまくいっていますか？

家族関係

学校

身体的な健康

仕事

社会生活

経済的な状況

宗教

趣味、余暇

その他：

最近の生活上の変化について、(はい・いいえ)のどちらかに○をつけて下さい。

1. あなたの家族で最近亡くなった方はいますか？ (はい・いいえ)
2. あなたの最も大切な関係に変化はありましたか？(配偶者との結婚、離婚、別居など)
(はい・いいえ)
3. 新しい子供が生まれましたか？(はい・いいえ)
4. 妊娠中絶を経験されましたか？(はい・いいえ)
5. 別れた配偶者とのトラブルや親権についてストレスを経験しましたか？(はい・いいえ)
6. 義理の両親や親戚とのことでストレスを経験しましたか？(はい・いいえ)
7. 引っ越しましたか？(はい・いいえ)
8. あなたの配偶者や恋人と長い間離れていましたか？(はい・いいえ)
9. あなたの子供は家を出ましたか？(はい・いいえ)
10. 大切な友人やほかの関係でトラブルを経験しましたか？(はい・いいえ)
11. 宗教やスピリチュアルな組織への加入に関連した変化はありましたか？(はい・いいえ)
12. 子供のことで、普段以上のストレスを経験しましたか？(はい・いいえ)
13. あなたの家族が深刻な病気にかかることや、入院をされましたか？(はい・いいえ)
14. 慢性的な病気や病名診断によってあなたの生活は変わりましたか？(はい・いいえ)
15. あなた、または家族が警察に関わるような問題を経験しましたか？(はい・いいえ)

16. 家族が精神的な健康や薬物、アルコールにかかわる問題を抱えていましたか？（ はい ・ いいえ ）
17. 過労や責任からストレスを感じる状況下にありますか？（ はい ・ いいえ ）
18. 家庭内で口論や対立がありましたか？（ はい ・ いいえ ）
19. 学校で新たな学期が始まったり、単位を落としたり、卒業したりされましたか？（ はい ・ いいえ ）
20. 仕事上で、転職や失職、昇給、退職を経験されましたか？（ はい ・ いいえ ）
21. 仕事におけるトラブルや高いストレスを伴う職業環境を経験しましたか？（ はい ・ いいえ ）
22. 経済状況の変化や経済的なストレスの増加を経験しましたか？（ はい ・ いいえ ）
23. 経済的な困難か、不十分な収入、不適切な健康ケア、不適切か安全でない住居環境、またはこれらへの心配の問題を抱えていましたか？（ はい ・ いいえ ）
24. 言葉、精神的な、身体的、性的な虐待を目撃しましたか？つ（脅威的な行動や自動車事故や犯罪などの恐ろしい状況）（ はい ・ いいえ ）
25. 言葉での脅しや、恐喝、身体的暴力、性的な暴力、自動車事故や犯罪などの恐ろしい状況などを個人的に経験しましたか？（ はい ・ いいえ ）

もし上記の質問のいずれかに はい と答えたらなら、状況を手短かに説明して下さい。

現在、どのような支援を受けていますか？

問題やストレスにどのような典型的な反応がありますか？ 当てはまる□全てににチェックを入れて下さい。

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 眠りすぎる | <input type="checkbox"/> 家族や友人とのけんか | <input type="checkbox"/> もっと運動する |
| <input type="checkbox"/> 睡眠に支障が出る | <input type="checkbox"/> 助けを求める | <input type="checkbox"/> 引きこもる |
| <input type="checkbox"/> ふさぎ込む、過敏になる | <input type="checkbox"/> 問題を無視する | <input type="checkbox"/> 他の人に問題を話す |
| <input type="checkbox"/> パートナーや友人に話す | <input type="checkbox"/> 問題を解決しようとする | <input type="checkbox"/> 食べ過ぎる／食欲がなくなる |
| <input type="checkbox"/> 忍耐力が無くなる | <input type="checkbox"/> パートナーや友人に慰めてもらう | <input type="checkbox"/> 活動や趣味に夢中になる |
| <input type="checkbox"/> 他者をケアすることに懸命になる | <input type="checkbox"/> 他人のせいにする／責める | <input type="checkbox"/> たくさん泣く |
| <input type="checkbox"/> 身体的な症状が出る | <input type="checkbox"/> アルコールや薬に頼る | <input type="checkbox"/> 自分の状況を他者に伝える |
| <input type="checkbox"/> 威張る、操作的になる | <input type="checkbox"/> 宗教的な信念、活動に没頭する | <input type="checkbox"/> たくさん運動する |
| <input type="checkbox"/> それについて考える事を避ける | <input type="checkbox"/> 怒る、八つ当たりする | <input type="checkbox"/> たくさん働く、忙しくする |

- コンピュータの時間を増やす あきらめる 他者とずっと一緒にいる
 たくさんテレビを見る 祈る

健康について

以前に医師、精神科医、カウンセラー、または心理士からメンタルヘルスの治療を受けた事がありますか？（はい・いいえ）

もし はい なら以下を記入して下さい。

治療提供者	場所	電話番号	利用した日、時期

現在の健康問題、または慢性的な病気の診断名を以下に記入して下さい。

健康問題	症状はどのように影響がありますか？	治療者、治療機関

現在利用している薬、サプリメント、漢方やハーブを記入して下さい。

医薬品名	服用量	服用開始時期	服用の目的	処方者

- あなたの知る限り、発達的な偏りがありましたか？（歩き、食事、コミュニケーション、自立の問題や遅れ）（ はい ・ いいえ ）
- 大きな病気、けが、自動車事故、入院、手術を経験した事がありますか？（ はい ・ いいえ ）
- 慢性的な、または反復性の痛みを経験しますか？（ はい ・ いいえ ）
- 聴覚、または視覚の問題をお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）
- バランス間隔や身体の協調性の問題をお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）
- 神経学的な評価、画像検査、神経心理学的な検査、心理検査を今まで受けた事がありますか？（ はい ・ いいえ ）

もしいずれかに はい と回答したら、以下のスペースにその内容を記入して下さい。

あなたの経験に当てはまる項目全ての□にチェックして下さい。

- 喫煙：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 他の形態のタバコ：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- カフェイン：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 処方されていない痛み止め：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 睡眠薬：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- ステロイド剤：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 大麻：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 処方されていない精神刺激薬：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- メタンフェタミン：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- コカイン：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- ヘロイン：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 幻覚剤：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日
- 他の娯楽的な薬物：□未経験 □経験したがやめた □時々 □毎週 □毎日

以下の項目について、あなた、家族、または友人は気がかりを示しましたか？

当てはまる項目の□にチェックをして下さい。

- アルコールまたは薬物使用時の行動、または決断
- あなたの関係におけるアルコール、または薬物使用の影響
- アルコールや薬物に使うお金の量
- あなたの健康におけるアルコール、または薬物の影響
- 他の活動、または仕事の成果におけるアルコール、または薬物の影響
- アルコール、または薬物使用と安全性、法的なリスクとの結びつき
- ストレス対処としてのアルコール、または薬物の使用
- 上記のどれにも当てはまらない

どのくらいの時間、普段眠りますか？ _____ 時間 _____ 分

以下の当てはまる項目の□にチェックをして下さい。

- 何も睡眠の問題はない よく夜中に目が覚める 眠りすぎる
- 睡眠のパターンが一定しない 十分に眠れていない 悪夢をよく見る
- 寝つきに問題がある 朝に起きづらい 朝早く目覚める

家族の病歴で当てはまる項目に○をつけて下さい。

- うつ病：
母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 双極性障害：(そううつ病)：
母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 不安障害：
母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 強迫性障害：
母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 恐怖症：
母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族
- 統合失調症：

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 自閉症、またはアスペルガー障害:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 注意欠陥／多動性障害(ADHD):

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 学習障害:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 知的能力障害:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- アルコール／薬物乱用:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- ギャンブル／セックス依存:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 怒りのコントロールの問題:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 摂食障害:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 人格障害:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

- 情緒の不安定さ:

母 父 兄弟姉妹 母の親族 父の親族

現在の職業:

最終学歴:

中学 高校 通信制高校 大学検定 専門学校 短大

大学 通信制大学 大学院修士課程 大学院博士課程

学校で抱えていた問題:以下の当てはまる項目に○をつけてください。

学業、学習面の問題

- 宿題を終えることや、提出物の問題
- 学校適応、クラス生活への適応、または先生との関係の問題
- スケジュール管理、予定を守ることにに関する問題
- 人間関係の問題

当てはまる項目があれば、内容を記入して下さい。

社会的な経過

あなたの普段の性格や個性について、もっとも当てはまる全ての項目のにチェックをして下さい。

- 陽気な おとなしい 多様性や変化を好む 気楽な
- 外交的な 情緒の安定した よくイライラする 感情的な、または気性の荒い
- 気まぐれな 内向的な(一人でいる時間が多く必要) 音、光、刺激に非常に敏感
- うるさい 適応的な がまん強い 順応性のある、融通のきく
- 悲観的な 安定性のある 楽観的な 自信のある
- おおらかな 合理的な シャイ、恥ずかしがり分析的な、または注意深い
- でたらめな 集中的な 衝動的な 新しい状況に用心深い
- 情熱的な 注意散漫な 楽しいことが好きな 頑固な
- 柔軟な 忙しい、エネルギーのある 決まった日課を好む

あなたと他者との関係について:当てはまる項目全てにチェックして下さい。(もし決めづらいとき、もっと説明したいときは下のコメント欄に記入して下さい)

- 幅広い友人関係を持っている 他の人と一緒に居る時でさえもさびしく感じる
- 一人以上の親友がいる 私をありのままに受け入れてくれる人がいる
- 私は家族と近私意関係にある 他の人をよく失望させているように感じる
- 他人を信頼するのは難しい 他人との関係にはあまり興味がない
- 他人との関係は助けになる 他人との関係は友好的だが、親密ではない事が多い

- 他人との関係に興味はあるが、そのような関係を作れないように思える
- 他人はよく私に多くを求めすぎる □家庭には満足している
- 一人でいる時に居心地悪く感じる □気にかけている人からよく期待を裏切られる
- 人間関係に対して気にしすぎる □だれも自分のことをよく知らない
- よくリーダー的な存在になる □なかなか毅然とした態度をとれない
- 私は操作的だといわれる □無神経、冷たすぎるといわれることがある。
- 必要なときに頼れる人がいる □なかなか人とうまくやっていけない

詳しい内容

お寺、教会、モスクや、ほかの宗教的な場所に通っていますか？宗教はあなたにとってどんな役割がありますか？

グループ活動、または組織にかかわっていますか？趣味や余暇活動は何をしますか？

時間を割いて情報提供をしていただきありがとうございました。もしほかに治療者に知っておいてほしい追加情報があれば、下記に書いてください。

Client Signature (ご署名): _____

Date (日付): _____