

ふりがな お名前		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日 () 歳	
住所	〒	
電話	自宅： 携帯電話：	<input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 連絡可 <input type="checkbox"/> 不可
メール	予約メール以外が届くことはありません	
記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外： (本人との関係：)	

検査に先立ち、あなたの状況をお聞かせください。

お書きになられた内容が家族・学校・職場に伝わることはありません。

回答が難しい場合は空欄のままでも大丈夫です。わからない項目はお尋ねください。

👉 当院を知ったきっかけは何ですか？ ✓をおつけください

- 紹介 () の紹介 ➡ 紹介状あり なし
- 検索 () で検索した
- ホームページ () に興味を持った
- その他 () で知った

👉 検査をどのようなことに役立てたいですか？



🍵 今まで心理検査を受けたことがありますか？

ない

ある ➡ いつ頃、どこで何を受けましたか？

_____年：

_____年：

_____年：

🍵 今まで心療内科・精神科にかかったことはありますか？

ない

ある ➡ いつ頃、どこにかかりましたか？

_____年_____月～_____年_____月：

_____年_____月～_____年_____月：

_____年_____月～_____年_____月：

どういったことでかかりましたか？

🍵 あなたの学歴を教えてください

学校名（学校に連絡がいくことはありませんのでご記入願います）

小 中 高 専門 短大 大学 院 ➡ 在学中（_____年生） 卒業 中退

🍵 その他のご希望など、何でもお書きください

書き終わりましたら受付にお渡しください

2 ページ中の 2 ページ目

