

ふりがな お名前		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日 ( ) 歳	
住所	〒	
電話	検査当日に連絡可能な番号をお書きください	
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

☕ 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  
 知人・家族のすすめ  
 検索 ( ) で検索した  
 その他 ( ) で知った

☕ 検査を受ける目的は何ですか？

- 自分の得意・不得意を知りたい  
 進路・職業の選択に役立てたい  
 自分の知能を知りたい (  MENSA希望 )  
 その他 ( 詳しく教えてください )



☕ 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？

☕ 心療内科・精神科・療育にかかったことはありますか？ ない  
現在通院中 以前にかかったことがある ➡ どういったことでかかりましたか？

現在通院中の方：

➡検査を 主治医に勧められた 自分から主治医に相談した 特に相談せず

☕ あなたの最終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）

中 高 専門/短大 大学 院 ➡ 在学中（\_\_\_\_年生） 卒業 中退 不登校

得意科目：

苦手科目：

☕ あなたの職業・仕事内容を教えてください

今の仕事は \_\_\_\_歳から

今の仕事を続けることに ➡ 難しさがある 特に問題はない

☕ ご希望・ご質問など、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

