

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| ふりがな<br>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<br><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

☕ ご希望をお聞かせください

結果は郵送で送ってほしい（来院不要・無料）

結果は来院して聞きたい（要来院・要診察料）

その他のご希望・ご質問：

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

