

## 質問シート

この質問シートは、心理検査を行うにあたって、事前に状況を把握させていただくためにご記入をお願いしております。お答えが難しい箇所や、よくわからない項目は空欄のままでも構いません。また、お聞きになりたいことご要望などありましたら、遠慮なくご記入ください。

記入日 年 月 日

(ふりがな)	
お名前	生年月日
	年 月 日 ( 歳)
	(学生の方 年生)

1. お困りのこと、お知りになりたいことはどのような内容ですか？
2. それはいつごろからですか？
3. 思い当たるきっかけや出来事はありますか？もしあればご記入ください。
4. これまでにそのことでどこかに相談したり、クリニックにかかったりしたことはありますか？  
( ~年~月頃、または~歳頃 ○○クリニック、○○教育相談になど)
5. 体調についてお伺いします。当てはまる項目にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> よく眠れない	<input type="checkbox"/> 気持ちが焦りやすい	<input type="checkbox"/> 集中力がない	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 食欲がない
<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 考えがまとまらない	<input type="checkbox"/> 怒りやすい	<input type="checkbox"/> 過食	<input type="checkbox"/> イライラしやすい
<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 死にたい気持ちがある	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 落ち着かない
<input type="checkbox"/> 気力がない	<input type="checkbox"/> 気持ちがよく落ち込む	<input type="checkbox"/> 元気がよすぎる	<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> めまい

つづきがあります

