



# カウンセリングシート



ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

〒

ご住所

電話番号

—

—

- 当院をお知りになったきっかけ

ご紹介

様

チラシ

WEB検索

看板・通りすがり

SNS

## 【現在のご状況】

- 自己肯定感が低いと感じはじめたのは、いつ頃からですか？

- ご自身の事が好きですか？嫌いですか？(性格や現在の自分がいる環境等)

- 理想の自分像

※2枚目もお願いします。



# カウンセリングシート



## 【既往歴・治療歴について】

- 現在通院中の医療機関や治療内容（あれば）
- 

- 今までに受けたことのある治療や心理的サポート等(あれば)
- 

- 現在服薬中のお薬（あれば）
- 

- 現在の体調や気分について自由にご記入ください
- 

## 【生活習慣・環境について】

- 睡眠はとれていますか？
- 

- 食欲はありますか？
- 

- 日常生活や人間関係で困っていること
- 

- ご要望やご質問があればどうぞ
- 

ありがとうございました。