　　　　　　　　　　　　　　　ヒアリングシート

当サロンにはじめてお越しの方には、ヒアリングシートをご記入いただいております。

ご記入いただいた個人情報に付きまして、当サロンの運営以外の目的で使用することは有りません。

記入日：平成 　年 　月 　日

記入者：

生年月日： T・S・H 　年 　月 　日 　年令 　才

現住所 〒 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　携帯

①当サロンをどこでお知りになりましたか？

②職業・職種 ／ 学校名・学年

③今つらい事は、どんな事ですか。 下記よりいくつでも◯で囲んで下さい。

・不安感・緊張感・悲哀感（涙もろい）・焦燥感 ・興奮・イライラ・躁状態（多弁／多動） ・攻撃性(ムッとする／カッとする)・自傷行為 ・意欲低下・集中力低下・憂鬱 ・幻聴・被害的思考・悲観的思考・妄想( ) ・不眠・過眠 ・肩こり・疲労感・けいれん ・胸内苦悶・言動がおかしい・物忘れ・痴呆 ・食欲不振・体重減少・拒食・過食・嘔吐 ・動悸(ドキドキ)・頭痛・下痢・便秘・吐き気 ・その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　）

④現在の身体的・精神的症状(③以外)

⑤趣味を教えてください。

⑤ご相談なさりたいことはどのようなことですか？

（いつ頃から、どのようなことでお困りかをお書きください。）

カウンセラーに対する要望などがございましたら、遠慮なくご記入ください。

ご記入ありがとうございました。