

対人関係療法質問票

年 月 日記入

ふりがな

お名前

生年月日 T・S・H

年 月 日 年齢

住所

電話番号 ご自宅

携帯

ご職業

※連絡が付きやすい曜日や時間帯

1. いつ頃からどのような症状があつて、受診してみようと思われたのか教えて下さい。
また、症状に変化がありましたら、簡単にご記入下さい。

(例)2009年4月頃から過食嘔吐があり、止めようとしても止められない

2. そのことについてどう感じていますか？辛い、苦しいなど、具体的なお気持ちをお聞かせください。

3. 現在の身長と体重はどのくらいですか？

身長 _____ cm

体重 _____ Kg

4. (女性の方へ)現在の月経の状態はいかがですか？

順調

不順

止まっている

5. 現在の食事はいかがですか？

1日3食

1日1~2食

食べられない

食べすぎてしまう

6. どのような時に症状がひどくなるか、心当たりはありますか？

はい

いいえ

ある場合は、どのような事がきっかけになっていると思いますか？

7. お身体の調子や気分の変化(落ち込みや怒り等)、アルコールや買い物の問題等についてお困りのことがあれば、✓をつけてください。

めまい・浮遊感

過呼吸

パニック

動悸

下痢

便秘

睡眠障害

気分の変動

罪悪感

不安・緊張

気分の落ち込み

不機嫌・イライラ

飲酒

買い物依存

その他(

)

8. これまでにダイエットをしたことはありますか？

はい いいえ

9. ダイエットに初めて挑戦したのはいつ頃ですか？

_____ 歳

10. ダイエットのきっかけは何でしたか？

11. その後、どうなりましたか？

12. 今までの生活について以下にご記入下さい。

幼稚園、小学校、中学校の頃はどんな子供でしたか？また交友関係、部活、成績はどうでしたか？

幼稚園の頃

小学生の頃

中学生の頃

学校名・専攻(差し支えなければ)

学校で大変だったことがありましたら、教えて下さい。

高校

専門学校

大学

大学院

13. 職歴について以下にご記入ください。

在職期間(年 月～年 月) 職業(職種)

離職理由(差し支えなければ)

14. ご自分の性格について、ご自分ではどのような性格と思っていますか？

15. あなたが信頼できる方、心の内を打ち明けて相談できる方はいますか？それはどなたですか？

16. これまでに、あるいは現在どのような時にストレスを感じましたか？

過去に辛い思いをしたり、現在も辛い思いがありましたら、具体的にご記載ください。

その時、それをどのように乗り越えましたか？

17. ご家族についてお聞きします。

・母親の年齢 _____ お仕事 _____
あなたから見て、どのような方ですか？あなたとの関係はどのような関係ですか？

・父親の年齢 _____ お仕事 _____
あなたから見て、どのような方ですか？あなたとの関係はどのような関係ですか？

・兄弟姉妹について、年齢とあなたから見てどのような方かをご記入下さい。

18. ご家族やパートナー、ご友人はあなたの症状や病気についてどのように理解されていますか？(誰がどのように？)

19. 現在の人間関係(家族、パートナー、友人、仕事関係)で悩んでいる事はありますか？