

샘 상담코칭 센터
Haeling Spring Coaching Center

INTAKE FORM

아래의 질문에 답해 주십시오. 작성하시는 정보는 비밀이 보장됩니다

날짜: _____ 생년월일: _____ 성별: 남 ___ 여 ___ 나이: _____

이름: (한글) _____ (영어) _____

- 부모/보호자 이름(18 세 이하의 경우): _____ 전화: _____

- 자녀 이름 및 나이: _____

전화번호: 집) _____ 메시지를 남겨도 되는지 여부: ☐ 예, ☐ 아니요

휴대폰) _____ 메시지를 남겨도 되는지 여부: ☐ 예, ☐ 아니요

이메일: _____

주소 (거주국가, 주, 도시까지만 기입): _____

직업: _____ 종교: _____ 편리한 언어: _____

본 센터를 알게 된 경로 (소개한 분 이름이나 단체): _____

이전에 상담을 받은 경험: 없음 _____ 있음 _____ 언제/얼마 동안: _____

상담자 이름: _____ 이유: _____

상담을 통해 도움을 받고 싶은 문제나 증상: _____

이 문제가 시작된 시기: _____ 그 당시의 특이 상황: _____

상담을 통해 얻고 싶은 결과: _____

현재 신체 건강 상태/질병의 유무: _____

현재 복용하고 있는 약: _____

현재 자살 생각의 유무: ☐ 있다, ☐ 없다 (과거 자살 생각/시도: ☐ 있었다, ☐ 없었다)

응급상황 (emergency) 시 연락처: 이름 _____ 관계 _____

전화: _____ 주소: _____

응급상황시 연락처에 연락하도록 허락합니다. (서명): _____

전반적인 신체 및 정신 건강의 상태

1. 현재 신체 건강의 수준은? (○ 표시)

매우 나쁘다 나쁘다 보통 좋다 매우 좋다

현재 경험하고 있는 신체적 문제: _____

2. 현재 수면의 정도는? (○ 표시)

매우 나쁘다 나쁘다 보통 좋다 매우 좋다

3. 일주일에 운동하는 횟수: _____ 총 시간 _____

운동의 종류: _____

4. 현재 경험하고 있는 식욕이나 식사 패턴의 문제: _____

5. 현재 과도하게 슬픔, 비애, 우울감을 경험하고 있습니까?

☐ 아니요

☐ 예, 언제부터 시작해서 얼마나 오래되었나요? _____

☐ 현재는 아니지만 과거에 경험한 적 있다. 시기: _____

6. 현재 불안감, 공황발작, 또는 공포증을 경험하고 있습니까?

☐ 아니요

☐ 예, 언제부터 시작해서 얼마나 오래되었나요? _____

☐ 현재는 아니지만 과거에 경험한 적 있다. 시기: _____

7. 현재 경험하고 있는 만성적 통증이 있습니까?

☐ 아니요

☐ 예, 통증의 종류, 시작, 지속기간: _____

8. 현재 일주일에 한 번 이상 복용중인 물질(술, 담배, 마약 포함)이 있습니까?

☐ 아니요, ☐ 예, 내용: _____

9. 현재 본인의 가정, 학교, 직장, 교회에서의 역할을 어느 정도로 잘 수행하고 있습니까?

매우 나쁘다 나쁘다 보통 좋다 매우 좋다

10. 현재 본인의 인간관계는 어느 정도라고 생각하십니까?

매우 나쁘다 나쁘다 보통 좋다 매우 좋다

11. 현재 본인과 가족 간의 관계는 어떻다고 생각하십니까?

매우 나쁘다 나쁘다 보통 좋다 매우 좋다

12. 현재 본인의 영적 상태는 어느 정도라고 생각하십니까?

매우 나쁘다 나쁘다 보통 좋다 매우 좋다

가족 정신 건강 병력

다음 중 (본인을 제외한) 가족 중에 정신건강 관련 이력이 있는 경우 예/아니요를 표시해 주십시오.

만약에 '예'일 경우 본인과의 관계를 설명해 주십시오 (예: 아버지, 할머니, 삼촌, 남동생 등)

	표 시 (○)	본인과의 관계
약물 남용 (술, 담배, 마약 포함)	예 / 아니요	
불안증	예 / 아니요	
우울증/조울증	예 / 아니요	
가정 폭력	예 / 아니요	
섭식 장애	예 / 아니요	
비만	예 / 아니요	
강박 행동	예 / 아니요	
조현병	예 / 아니요	
자살시도	예 / 아니요	
아동 학대	예 / 아니요	
기타 정신 장애:		