

**Confidential Demographic Information**

日付 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ EWU ID# \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ この番号にメッセージを送ってもいいですか? \_\_\_\_\_

ほかの番号 \_\_\_\_\_ この番号にメッセージ送ってもいいですか? \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_ Email を送ってもいいですか? \_\_\_\_\_

Local Address \_\_\_\_\_

どなたから CAPS を聞きましたか? \_\_\_\_\_ あなたの学年 \_\_\_\_\_

あなたの専攻 \_\_\_\_\_ 最近の GPA \_\_\_\_\_

普段、Riverpoint campus でクラスをとりますか? \_\_\_\_\_

以前に CAPS を利用したことはありますか? \_\_\_\_\_

あなたの人種/民族 \_\_\_\_\_ 留学生ですか? \_\_\_\_\_ 出身地 (国) \_\_\_\_\_

どんなところにすんでいますか(丸で囲んでください):

EWU 寮 / キャンパス外 (チーニーエリア) / キャンパス外 (スポケーンエリア)

あなたの家族の中で大学に行く人はあなたが初めてですか? はい いいえ

ほかの大学からの編入生ですか? はい いいえ

いままでアメリカの軍に従事したことがありますか? はい いいえ

EWU のアスレティックチームに所属していますか? はい いいえ

\*該当するすべてのものをチェックしてください:

- 学業についての心配事 (勉強の仕方, テストについての心配...)
- 就職 / 職業関係
- 大学生活への調整、環境
- 心配事/ストレス
- 憂鬱
- 異常な感情変化
- 自傷/ リストカット
- 自殺願望/ 自殺を考える
- 自殺未遂
- 自尊心
- 孤独感/ 社会的孤立
- 人間関係についての悩み
- 家族についての問題
- アルコール中毒
- 児童虐待
- 特定の人の死もしくは死にそうな状態

- 死別による悲しみ / 喪失感
- ト라우マの経験
- レイプ / 強姦 / 望まない性行為
- 自己理解
- 異性もしくは同姓愛について / アイデンティティー
- アルコール / ドラッグの使用
- ボディーイメージについての悩み
- 摂食行動 / 体重の悩み
- 睡眠に関する問題
- 人種、性別、もしくは同性愛についての差別問題
- その他: \_\_\_\_\_

\*もしグループカウンセリングに興味がありましたら、下記のグループの中で当てはまるすべてのものをチェックしてください: (チェックしたすべてのグループに参加できるとは限りませんのでご了承ください。)

- LGBTQ グループ
- ストレスレス
- つながりを増やす
- マインドオーバーモード (考え方を変えることによって気持ちをかえる)
- 喪失と次へのステップ
- 健康的な人間関係
- 瞑想 - 認知療法をベースにしたもの
- ポジティブペアレント
- ムービングフォワード (次に移ること)
- テストストレス
- アスペルガーシンドロームとの生活
- 健康的なボディーイメージ

家庭問題

その他: \_\_\_\_\_

\*カウンセリングサイコロジサービスに来る理由を要約してください。

### **Family Background**

両親の離婚, 死亡, もしくは家族と別居していますか? \_\_\_\_\_

兄弟/姉妹の性別と年齢, もしいない場合は N/A と書いてください。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

宗教的もしくはスピリチュアル的背景の中で育ちましたか? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

混合した家庭で育ちましたか (例: 義理の両親や兄弟)? (丸で囲んでください): はい いいえ

はいと答えた場合、簡単に説明してください \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

感情的、身体外傷、もしくは性的虐待、大事な人の喪失トラウマの経験がありますか? はい いいえ

もしはいと答えた場合、簡単に答えてください (もしくはカウンセラーと話してください) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Medical History**

特記すべき病気、けがもしくは手術はありますか? \_\_\_\_\_

最近医者にかかっていますか? はい いいえ

はいと答えた場合、医師の名前と病名を明記してください。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

最近処方された薬をすべて書いてください \_\_\_\_\_

健康保険をもっていますか? はい いいえ

はいと答えた場合、あなたもしくは家族の健康保険の名前を書いてください。  
\_\_\_\_\_

### **Mental Health Background**

今までにカウンセラーもしくは心理学者にかかったことがありますか？ はい いいえ

はいと答えた場合、担当者の名前と理由を書いてください。  
\_\_\_\_\_

最近メンタルヘルスのための薬を服用していますか？ はい いいえ

今まで精神的病気で入院したことはありますか？ はい いいえ

今まで真剣に自殺を図ったことがありますか？ はい いいえ

### **Drug and Alcohol History**

飲酒をしたり、麻薬を使ったりしますか？ はい いいえ

もしはいと答えた場合、どんな麻薬を使って、どのくらいの頻度で使いますか \_\_\_\_\_

今まで自分の飲酒や麻薬の使用を減らすべきだと感じたことはありますか？ はい いいえ

今までに飲酒や麻薬使用問題について治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

ほかに中毒症状がありますか？ (例: ギャンブル, 性行為, 他)? はい いいえ

はいと答えた場合、説明してください(もしくはカウンセラーと話してください) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Other Life Realms**

宗教もしくはスピリチュアルの嗜好はありますか? \_\_\_\_\_ あなたの生活にどのくらい大事な役割をなしていますか？

とても大事 大事 普通 あまり大事ではない まったく大事ではない

今の交際/配偶者関係は？ 独身 交際中 既婚 別居中 離婚 死別

性的性向： 異性愛者 レズビアン ゲイ 両性愛者(バイ) わからない 答えたくない

今、誰と住んでいますか? \_\_\_\_\_

子供の性別と年齢、もしくは子供がいなければ N/A と書いてください。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

学校に通っている年の間の、1週間の平均就労時間(有給のみ)は? \_\_\_\_\_

毎週何時間、学校外活動に時間を費やしますか? \_\_\_\_\_

以下の分に対して、どれくらい賛成しているかまるで囲んでください:

“わたしは必要な感情的な助けやサポートを家族から受けている”  
強く反対 まあまあ反対 普通 まあまあ賛成 強く賛成

“わたしは必要な感情的助けやサポートをソーシャルネットサービスから受けている (例: 友達、知人).”

強く反対 まあまあ反対 普通 まあまあ賛成 強く賛成

学校のキャンパスの中で、あなたの学業やほかの事に人々と繋がっていると感じますか? はい いいえ

参加してるクラブ、グループや学内スポーツを書いてください \_\_\_\_\_

あなたの生活の中で起こるストレスを通常どのように管理していますか (例: 運動、薬、休養, 他)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

回答いただきありがとうございます。これらの情報はあなたに役立つサービスを提供することを助けてくれるでしょう。