

机密人口统计信息

日期_____

姓名_____生日_____年龄_____性别_____EWU 学生证号_____

首选电话_____语音留言? _____其他电话号码_____语音留言? _____

邮箱_____

当地住址_____

谁介绍您到 CAPS? _____您当前的学年是? _____

你的专业是什么? _____目前成绩? _____

你的主要课程都在 RIVERPOINT 校区吗? _____曾访问过 CAPS? _____

请确认你的种族_____国际学生? _____来自哪个国家? _____

目前的住房状况? (对应的画圈): EWU 宿舍/校外-切尼市/校外-斯博坎地区

你是家里第一代上大学? 是 否 你是从其他学校转到东华盛顿大学的? 是 否

曾参加过美国的任何军队? 是 否 参加东华盛顿大学的运动队? 是 否

*请选择你所希望侧重的区域 (选择所有适用的)

*如果你对集体心理咨询感兴趣, 请选择以下

学业上的忧虑 (学习技巧, 考试焦虑)

你感兴趣集体咨询。(请注意, 我们可能在

事业/专业

这次访问中无法提供所有的咨询)

大学的调整

性取向 (同性恋, 双性恋, 等)

焦虑/压力

减少压力

忧郁症

建立团队合作

极端情绪的波动

情绪管理

自残/切割

个人发展和损失

有自杀的想法

健康的情感关系

自杀未遂

正念认知疗法

自尊心/自我价值

正确育儿

孤独/ 隔离

向前看

感情的担忧

家庭问题

父母是酗酒者

儿童虐待

对您重要的人的死亡

悲伤/失去

经历创伤性事件

强奸/性侵犯/非自愿性行为

自我认识

性取向

酒精/毒品

身体形象的担忧

饮食行为/体重的担忧

睡眠相关的问题

种族歧视，性别歧视，或性取向歧视

其他_____

测验焦虑

阿斯伯格综合症

健康的身体形象

家庭事项

其他_____

*请简短的描述你来心理咨询服务中心的原因：

家庭背景

父母离异，死亡，或者离开家庭_____

如果有兄弟姐妹，请注明其年龄和性别_____

宗教或者信仰的成长背景？_____

成长在一个混合家庭（继父母和兄弟姐妹）？（请圈出来）是 否

如果是，请大概的描述一下_____

遇到过创伤性事件，包括情感，身体上或者是性虐待，或是显著的损失？是 否

如果是，请大概的描述（或者与咨询师讨论）_____

病历

任何严重的疾病，损伤或者手术？_____

你目前是否在医生的指导下服用任何药物？是 否

如果是，请说明医生的姓名以及诊断_____

请列出你目前正在服用的药物名称_____

你有医疗保险吗？是 否

如果是，请注明是个人的还是父母以及保险的名字_____

心理健康背景

你曾访问过咨询师或者心理学家？是 否

如果是，请列出提供者的姓名和访问的原因_____

你目前有服用任何有关心理健康的药物？是 否

你曾因为心理问题住过院吗？是 否

你曾有过自杀的倾向吗？是 否

用药和酒精历史

你是否嗜酒或者使用娱乐性药物？是 否

如果是，请注明什么药，以及使用频率_____

你是否曾感觉到有必要减少你的酒精或药物的使用？是 否

你是否因为酒精或者药物而接受过治疗？ 是 否

其他成瘾的行为（如赌博，性行为等）？ 是 否

如果是，请描述（或与咨询师讨论）_____

其他生活领域

宗教或者是信仰的倾向？_____你的宗教或者是信仰在你的生活中发生着什么样的重要作用？ 非常重要 重要 一般 不重要 完全不重要

你的婚姻状况？ 单身 有稳定伴侣 已婚 分居 离婚 丧偶

你的性取向？ 异性恋 女同性恋 同性恋 双性恋 疑问中 不想回答

你现在和谁住在一起？_____

如果有，请指出儿童的性别和年龄，或者是 N/A _____

在每学年里，你每周工作的平均小时是多少？（有收入的）_____

你每周花多少小时在组织课外活动？_____

请注明你对以下声明的同意程度（请圈上你对每一个的回答）：

“我从家人那得到对情感的帮助和支持。”

完全不同意 有点不同意 中立 比较同意 非常同意

“我从社会网络得到情感上的帮助和支持（朋友，熟人）。”

完全不同意 有点不同意 中立 比较同意 非常同意

在你研究领域内或者研究领域之外，你与校园内的人都有往来？ 是 否

请列出你参加的任何团体，社团，或者是校内活动等。_____

你日常生活中是怎么减压的（锻炼，冥想，娱乐等）？_____

感谢填写以上问题，这些信息将会帮助我们为你提供更有效的服务。