

心理咨询登记表

编号: _____

年 月 日

姓名		性别		出生日期	
民族		家庭所在地		联系电话	
院系		年级		学号	
父亲年龄: _____ 职业: _____ 学历: _____			母亲年龄: _____ 职业: _____ 学历: _____		
父母婚姻状况	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 丧亲 (<input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲)				
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 富裕 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 贫困				
是否独生子女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (兄__人、弟__人、姐__人、妹__人)				
有无寄养经历	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (具体说明: _____)				
近一年来学习成绩变化	<input type="checkbox"/> 上升 <input type="checkbox"/> 稳定 <input type="checkbox"/> 下降 <input type="checkbox"/> 大幅下降				
交友状况	知心朋友__人 (概数即可) 一般朋友 <input type="checkbox"/> 很多 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不多				
个人精神类疾病史	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (机构: _____ 诊断: _____ 服药情况: _____)				
是否曾有自伤或自杀	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 自伤或自杀想法 <input type="checkbox"/> 自伤行为 <input type="checkbox"/> 自杀行为				
家族精神类疾病史	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (关系: _____ 诊断: _____)				
过往重大负性生活事件	<input type="checkbox"/> 亲友生病 <input type="checkbox"/> 亲友亡故 <input type="checkbox"/> 家人失业 <input type="checkbox"/> 法律诉讼 <input type="checkbox"/> 父母分居 <input type="checkbox"/> 父母离异 <input type="checkbox"/> 学业遇挫 <input type="checkbox"/> 受到学校处分 <input type="checkbox"/> 失恋 <input type="checkbox"/> 生病 <input type="checkbox"/> 其他 ()				
既往咨询经历	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (次数) 第 1 次时间: _____ 地点: _____ 咨询师 (本校的填写): _____ 最后 1 次时间: _____ 地点: _____ 咨询师 (本校的填写): _____				
本次预约方式	<input type="checkbox"/> 自行前来 <input type="checkbox"/> 同学建议 <input type="checkbox"/> 学院老师建议 <input type="checkbox"/> 父母建议 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)				
求助主题	<input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 人际关系 <input type="checkbox"/> 学业问题 <input type="checkbox"/> 恋爱情感 <input type="checkbox"/> 亲子家庭 <input type="checkbox"/> 生涯发展 <input type="checkbox"/> 情绪困扰 <input type="checkbox"/> 性别认同 <input type="checkbox"/> 适应问题 <input type="checkbox"/> 强迫行为 <input type="checkbox"/> 突发危机 <input type="checkbox"/> 身心健康 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)				
你来咨询的原因或其他你希望咨询师了解你的信息					