

내담자 보호자 접수 질문지

최선을 다해 다음의 정보를 작성해 주십시오. 정확한 정보를 위해 치료사가 귀하의 답변을 검토 하고 설명 할 것입니다.

이 양식을 작성하는 사람의 이름:		내담자와의 관계:	
내담자 이름:		생년월일:	
이 내담자는 양호 위탁 가정에서 거주합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 과거에		위탁 사유: _____ 과거에 그랬다면 기간과 시기는? _____	
부모의 결혼 상태: <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 미혼			
내담자의 부모가 이혼한 경우, 법적 양육권은 누구에게 있습니까? <input type="checkbox"/> 모친 <input type="checkbox"/> 부친 <input type="checkbox"/> 공동 <input type="checkbox"/> 기타			
모친의 이름:		결혼 전 이름:	자택 주소:
전화(자택/휴대):		전화(직장):	
부친의 이름:			자택 주소:
전화(자택/휴대):		전화(직장):	

1. 내담자가 보여주고 있는문제

오늘 귀하가 이 내담자에 대해 도움을 구하는 주요 문제를 간략하게 설명하십시오.

2. 내담자 정신 건강 이력

내담자가 정신과 의사나 치료사를 만난 적이 있습니까? 아니요 예

어떤 상태나 진단 때문이었습니까? _____

서비스 날짜와 해당 의료인의 연락처 정보를 기재하십시오.

이 내담자가 다음과 같은 일을 한적이 있습니까?

자살이나 자해에 대해 생각해 본 적이 있다(구두, 서면 등)? 아니요 예. 날짜: _____

자살 시도? 아니요 예. 날짜: _____ 방법: _____

의도적으로 자해? 아니요 예. 날짜: _____ 방법: _____

이 내담자에 대해 다음의 질문에 답하십시오.

자기표현에 문제가 있다 아니요 예

가끔 대화를 거부한다 아니요 예

물건에 대해 집착한다 아니요 예

타고난 성별과 동일시하지 않는다 아니요 예

이 내담자가 의료인이 처방한 정신과 약을 복용한 적이 있습니까? 아니요 예

약 이름:	날짜?	거부 반응? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: _____
약 이름:	날짜?	거부 반응? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: _____
약 이름:	날짜?	거부 반응? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예: _____

이 내담자가 심리 검사를 받은 적이 있습니까? 아니요 예

검사 이유는 무엇이었습니까?

검사를 진행한 날짜와 장소를 기재하십시오.

✓ 이 내담자에게 처방된 검사 이름 목록(있는 경우)을 기재하고/기재하거나 **다음 번 약속 때 심리 검사 보고서 사본을 가져오십시오.** _____

3. 가족 배경 정보

내담자의 형제자매에 관한 정보(이름, 나이, 성별 등)를 기재하십시오.

이름	나이	성별	관계	이름	나이	성별	관계
		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양
		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양
		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양
		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 친 <input type="checkbox"/> 이복/이부 <input type="checkbox"/> 양

이 내담자는 입양되었습니까? 아니요 예. “예”인 경우, 몇 살 때입니까? _____

가족 정신 건강과 치료에 관해 다음의 정보를 작성하십시오.

약물 남용	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	자살	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	주의력 문제	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
알코올 남용	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	자살 시도	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	학습 장애	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
우울증	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	조울증	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	정신분열증	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
정신병원 입원	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	정신과약	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	정신 건강 치료/상담	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예

4. 내담자 성장 발달이력

친모의 임신과 관련한 다음의 정보를 작성하십시오.

부적절한 산전 관리	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	모친에게 정서 문제가 있었다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
모친이 흡연을 했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	모친이 간접흡연에 노출되었다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
모친이 카페인을 섭취했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	모친이 폭력의 피해자였다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
모친이 약물/알코올을 사용했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	모친이 의학적 문제가 있었다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
모친이 약을 복용했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	모친이 입원을 했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
모친이 사고/부상을 당했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	기타: _____ (구체적으로)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예

내담자의 출생에 관한 다음의 정보를 작성하십시오.

내담자는 조산아였다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	바로 울음을 터뜨리지 않았다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
합병 분만	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	아기에게 산소나 수혈을 공급했다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
불기 분만, 제왕절개 또는 곁자분만	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	아기가 인큐베이터에 들어갔다	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
태아 절박 가사	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	산모가 퇴원한 후에도 아기는 병원에 남아 있었다.	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예

내담자의 발달/행동이 지연되거나 문제가 있었는지를 표시하십시오.

고개 들기	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	배변 또는 방광 훈련	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
양육자와의 유대관계	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	숟가락으로 스스로 먹기	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
혼자 상체를 일으켜 앉는 법	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	신발 끈 묶기	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
기는 법	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	독립적으로 옷 입기	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
밤새 깨지 않고 자기	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	자기 이름 쓰기	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
걷는 법	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	친구를 사귀거나 잘 지내는 능력	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
말하는 법	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	기타: _____ (구체적으로)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예

내담자가 다음과 같은 일을 경험한 적이 있는지를 표시하십시오.

신체적 학대	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	언제? _____
방치(예: 음식, 주거지, 의복의 부족)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	언제? _____
성적 학대 또는 추행	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	언제? _____
정서적 학대	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	언제? _____
가정폭력 목격	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	언제? _____

5. 내담자 학교 이력

내담자는 현재 몇 학년입니까? 프리스쿨 K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 이 내담자가 다음의 서비스를 학교에서 받은 적이 있는지 및/또는 현재 받고 있는지 여부를 표시하십시오.

작업치료	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
물리치료	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
언어치료	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
학습 도움실(리소스 룸)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
상담	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
개인지도(튜터링)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
시험 때 편의 조정	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
1:1 일대일교육(예: 교사의 보조로부터)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____
기타: _____ (구체적으로)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	몇 학년? _____

이 내담자는 개별화된 교육 계획(Individualized Education Plan, IEP) 또는 504 계획이 있습니까?

아니요 예. "예"인 경우, 다음번 방문 시 지참하십시오.

6. 내담자의 고위험 행동

내담자가 다음과 같은 위험 행동을 한 적이 있는지를 표시하십시오.

갱단?		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	섹스팅?		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
무기 사용?		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	난폭 운전?		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
콘돔을 사용하지 않은 성행위?		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	기타: _____ (구체적으로)		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예

7. 내담자(내담자)의료 이력

내담자의 소아과/내과의 이름:	도시:
소아과 병원 전화:	마지막 신체검사 날짜:
내담자는 정기적으로 치과에 갑니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	마지막 치과 검사 날짜:

이 내담자가 다음의 질병을 경험한 적이 있습니까?

선천성 결함	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	음식 섭취 문제/장애	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
고혈압	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	임신	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
위장 문제	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	신장 문제	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
현기증 또는 기절	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	당뇨병	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
머리 부상	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	청각 장애	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
천식, 고초열, 두드러기, 발진	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	시각 장애	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
알레르기: _____ (구체적으로)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	허리, 근육 또는 관절 문제	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
수술/심각한 질병/사고	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	간염, 황달 또는 간 문제	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
간질, 경련, 발작	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	신체 협응/균형 문제	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
빈번한 또는 심한 두통	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	기타: _____ (구체적으로)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예

이 내담자가 위에 열거된 질병으로 현재 **약을 복용** 중입니까? 아니요 예

약 이름:	내담자가 이 약을 복용하는 질병/상태는?
1)	
2)	
3)	

이 내담자가 **입원**한 적이 있습니까? 아니요 예. 그렇다면, 이유는 무엇이었습니까? _____

이 내담자가 **예방접종**을 지금 까지 **제때에 받았습니까**? 아니요 예

이 내담자가 다음의 **전염병**에 걸린 적이 있습니까?

수두		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	소아마비		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	풍진		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	뇌수막염		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
볼거리		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	홍역		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	간염		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	기타: _____		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
결핵		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	기생충		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	류머티스열		<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예			

양식을 작성해 주셔서 감사합니다.

이내담자에 관련된 추가 정보가 있으시면 용지 뒷면을 사용하십시오.