

**♥ 성인 Background Information ♥**

오늘 날짜:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**<Identifying Information>**

|  |  |
| --- | --- |
| 성함(영문과 한글): | 생년월일:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 연령:\_\_\_\_\_\_  성별: 남자\_\_\_\_\_ 여자\_\_\_\_\_ |
| 주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  OK to send letters: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ | |
| Home Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_  Cell Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_  Work:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OK to leave messages: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_  Email Address: OK to email: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ | |
| Ethnicity:  African American ( ), Asian ( ), Bi-racial ( ), Caucasian ( ) Hispanic/Latin ( )  Native American ( ), Other(explain): | |
| 결혼 관계: 결혼하지 않음 ( ), 결혼함 ( ), 재혼함 ( ), 이혼함 ( ), 별거함 ( ),  미망인 ( ), 결혼 한 횟수 ( ) | |
| 배우자 성함:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 연령\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 배우자 직업:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  배우자 연락처: OK to communicate: Yes\_\_\_\_\_, No\_\_\_\_\_ | |
| 응급 상황시 연락처: 성함: 관계: 전화번호: | |
| 현재 직장: | |
| 어디서 태어나셨나요? | |
| 지금 살고 있는 곳에서 얼마 동안 사셨나요? | |
| 누구와 함께 살고 있나요? | |
| 취미나 여가 시간에 하는 활동들은 어떤 것들이 있나요? | |
| 그 밖에 상담에 필요하다고 생각되시는 현재 또는 과거 사람과의 관계에 대해서 말씀해 주시겠습니까?  예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_ 예라면 구체적으로 | |

**<Referral Information>**

1. 저희 상담소를 어떻게 알고 찾아오셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 전에 상담이나 정신과 치료를 받으신 적이 있나요? 예:\_\_\_\_, 아니오:\_\_\_\_, 예라면 어디서:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

전화 번호:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 언제:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 얼마 동안:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

상담이나 정신과 치료를 다 마치셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 어떤 상담 또는 치료를 받았나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(If yes, please attach a copy of evaluation to this questionnaire)

이전의 상담가 또는 정신과 의사와 치료 논의를 위한 의사소통을 허락해주시겠습니까? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_

(If yes, please sign attached “Authorization to request confidential information” form)

1. 가장 걱정되는 문제점은 무엇이며, 그 문제 행동이 언제 시작되었으며 문제 행동을 해결하기 위하여 어떻게 노력하셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 현재 가지고 계신 문제가 얼마나 심각한 지를 “X” 표로 나타내 주세요:

\_\_\_\_\_ 약간 심각함

\_\_\_\_\_ 어느 정도로 심각함

\_\_\_\_\_ 아주 심각함

\_\_\_\_\_ 대단히 심각함

1. 얼마나 자주 문제 행동이 일어나나요? (5번/하루, 2번/1주일, 등등)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 얼마나 오랫동안 이런 문제행동을 나타내었나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 지금의 문제가 가정에서, 직장에서, 또는 인간 관계에서 어떤 영향을 미치나요?

\_가정:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_직장:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_인간 관계\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 작년에 본인이 겪었던 또는 가족들이 겪었던 주된 스트레스들을 적어주세요 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 상담을 통해서 어떤 목적을 달성하고 있으신가요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. 그밖에 제가 알아야 할 것은 무엇이 있나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. 본인의 장점들은 무엇인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**<Background Information>**

**가족 히스토리**

1. 본인을 포함한 현재 가족들을 나이가 많은 순서부터 기입해 주십시오..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 이름 | 생년월일 | 나이 | 성별 | 본인과의 관계 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. 현재 본인과 함께 살고 있지는 않지만 본인이나 본인의 가족들과 친한 관계에 있는 사람들을 적어주십시오. (예., 성장하여 혼자 사는 형제, 자매들, 할아버지, 할머니, 선생님, 삼촌, 이모, 고모, 같은 종교 단체 내에 있는 친한 사람들 등등)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 이름 | 아동과의 관계 | 거주지 | 방문 횟수 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 현 주소지에서 얼마 동안 오래 사셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 상담 치료에 적용하길 원하시는 문화적인 또는 종교적인 가치와 믿음을 적어주세요. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 결혼 관계: 결혼하지 않음 ( ), 결혼함 ( ), 재혼함 ( ), 이혼함 ( ), 별거함 ( ),

미망인 ( ), 결혼 한 횟수 ( )

1. 현 배우자와 얼마나 오랫동안 사셨나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

배우자와의 관계에 있어서 장점들을 무엇인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_배우자와의 관계에 있어서 불만 사항들은 무엇인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 이전에 결혼 하신 적이 있으신가요? 예:\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_\_ 예라면 구체적으로 결혼 기간과 자녀는?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 이전에 언급하지 않으신 어떤 두렵거나 공포스러운 상황이라던가 매우 스트레스적인 경험을 겪고 계신가요?

예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_ 예라면 구체적으로\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 가족 이외에 친한 사람들은 누구인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 가족 이외에 가족 같이 친한 사람들이 있나요? 있다면 누구 인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**확대 가족 히스토리**

**부모님**

|  |  |
| --- | --- |
| 어머니 성함:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  연세:\_\_\_\_\_\_\_\_, 건강상의 문제?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  직업: | 아버지 성함:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  연세:\_\_\_\_\_\_\_\_, 건강상의 문제?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  직업: |
| 최고 학력: | 최고 학력: |
| 결혼 관계: 결혼하지 않음 ( ), 결혼함 ( ), 재혼함 ( ), 이혼함 ( ), 별거함 ( ),  미망인 ( ), 결혼 한 횟수 ( ) | |
| 부모님께서 별거나 이혼, 또는 사망시 본인의 나이는 몇 살때인가요? | |

1. **아버지**와 어떻게 지내시나요? 관계가 않 좋음(Poor) \_\_\_\_\_\_\_, 보통 \_\_\_\_\_\_, 매우 친근한 관계(Great) \_\_\_\_\_\_\_
2. 상담에 도움이 되는 **아버지**와의 관계를 좀 더 알려주시겠습니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **어머니**와 어떻게 지내시나요? 관계가 않 좋음(Poor) \_\_\_\_\_\_\_, 보통 \_\_\_\_\_\_, 매우 친근한 관계(Great) \_\_\_\_\_\_\_
2. 상담에 도움이 되는 **어머니**와의 관계를 좀 더 알려주시겠습니까?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 부모님들이 학습, 정서, 행동적인 문제들이 있으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )  예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 술, 담배, 약물 남용 문제들이 있으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )  예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 가정 폭력/싸움들이 있으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )  예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 범법 행위를 하셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )  예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |
| 부모님들이 성폭력, 언어적 학대, 정서적 학대를 받으셨나요?: 예 ( ), 아니오 ( )  예라면, 누가? 어머니\_\_\_\_, 아버지\_\_\_\_\_, 또는 두분 모두\_\_\_\_\_\_, 자세히 설명해주세요: |

**형제 자매들**

1. 형제 자매가 어떻게 되시나요? :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 본인의 출생 순위: 막내\_\_\_\_\_, 중간\_\_\_\_\_, 장녀/장남\_\_\_\_\_, 기타\_\_\_\_\_\_
3. 형제 자매들의 이름, 연령, 관계가 어떠한가요?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 살, 관계가 않 좋음 \_\_\_\_\_, 보통 \_\_\_\_, 매우 친근한 관계 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_살, 관계가 않 좋음 \_\_\_\_\_, 보통 \_\_\_\_, 매우 친근한 관계 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_살, 관계가 않 좋음 \_\_\_\_\_, 보통 \_\_\_\_, 매우 친근한 관계 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_살, 관계가 않 좋음 \_\_\_\_\_, 보통 \_\_\_\_, 매우 친근한 관계 \_\_\_\_

**자신에 대한 사항들**

다른 사람들이 본인에 대해 어떤 사람이라고 생각하나요?:

1. 배우자는 나를:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 내 친한 친구는 나를:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 날 싫어하는 사람은 나를:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 내가 생각하는 나는:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medical Information**

1. 담당 의사 이름 (Primary Care Physician):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 전화 번호:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 최근에 한 신체검사(physical)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 출생 시나 어린 시절 발달상 중요한 정보들을 알고 계시나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 현재 겪고 계신 심각한 질병이나 오래된 질병을 갖고 계신가요\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 현재 복용하고 계시는 약과 약 용량, 처방 의사를 적어주세요\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 과거 정신과 치료를 위한 약에 대한 정보:

약 이름 약 용량 약에 대한 반응 얼마동안 복용 왜 끊으셨나요

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **아동기, 청소년기, 청년기에** 경험하신 목록들에 “X” 표 하세요:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 출생 시 결함이나 문제 |  | 주의력 결핍 |
|  | 심각한 아동기 질병 |  | 성폭력을 당함 |
|  | 심각한 아동기 사고 |  | 신체적 학대를 당함 |
|  | 심각한 아동기 스트레스 |  | 부모의 가정폭력을 경험함 |
|  | 뇌 손상 (심각하거나 또는 미약하거나) |  | 가정사가 복잡함 |
|  | 간질 |  | 문제아로 아동기 또는 청소년기를 보냄 |
|  | 약물 또는 음주 남용 |  | 아동기 문제 행동들을 보임 |
|  | 아동기 불안 |  | 법에 위반하는 범법 행위 |
|  | 아동기 우울증 |  | 학습 장애 |
|  | 알러지 |  | 부모의 별거 또는 이혼 |
|  | 부모와 떨어짐 |  | 입양 |

1. 위에 기입하신 목록들에 대해 자세히 설명해주세요:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 평균 수면 시간은\_\_\_\_\_\_\_\_ 시간
2. 자다가 자주 깨거나 악몽을 꾸시나요? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_ 예라면, 구체적으로 얼마나 자주, 어떤 내용의 꿈인가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 체중에 대한 걱정이 있으신가요? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_ 예라면, 구체적으로 어떤 걱정:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 1 주일에 집에서 음식을 해서 먹는 퍼센트가 얼마나 되나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 반찬 투정으로 입맛이 까다롭거나 이상한 식습관이 있나요? 예 ( ), 아니오 ( ), 예라면 구체적으로:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**교육/직업에 대한 사항**

**교육**

1. 최고 학력은 어떻게 되시나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 공부하는 데 있어서 잘 하시는 것이 있나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 공부하는 데 있어서 어려운 점이 있나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 학창 시절에 또래에 비해서 학업 성적이 어느 정도셨나요? 영재\_\_\_\_, 상위권\_\_\_\_, 중위권\_\_\_\_, 하위권\_\_\_\_

**직업**

1. 현재 어디서 무슨 일을 하시나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

근무 년도\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 이전 직장에서는 무슨 일을 얼마 동안 하셨나요?:

하신 일의 종류 근무하신 기간

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 현재 직업에 만족하시나요? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_

예라면, 어떤 점에서 **만족**하시나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

아니라면, 어떤 점에서 **불만**이 있으신가요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 직장 상사나 동료와의 갈등은?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**정신 건강 히스토리**

1. 이전에 상담을 받은 적이 있나요? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_ 예라면, 언제, 누구에게, 왜, 상담결과는?:

언제 누구에게 왜 상담결과

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 정신 건강 문제로 병원에 입원한 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_ 예라면, 언제, 어디서, 왜 받았나요?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 자살하고 싶은 생각을 갖고 있나요? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_

예라면, 자살하고 싶은 생각이 어느 정도인가요? 약간\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 보통\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 심각함\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

예라면, 자살 계획이나 의도가 있나요? 예\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_

1. 예전에 자살 생각이나 자살 시도를 한 적이 있나요? 예\_\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_\_

예라면, 자살 생각의 정도는 어느 정도였나요? 약간\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 보통\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 심각함\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

언제 그랬나요? (구체적으로):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 타인을 해치고 싶었던 적이 있나요? 예\_\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_\_

예라면, 그 생각이 어느 정도였나요? 약간\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 보통\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 심각함\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

언제 그랬나요? (구체적으로):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 가족 중에 정신 건강상의 문제를 가진 가족이나 친척이 있나요? 본인과의 관계는?:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 현재 정신 건강 질환을 위한 약을 복용하고 있나요? 예\_\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_\_ 예라면, 어떤 약을 어느 정도 용량으로 드시고, 어느 의사가 처방하였나요?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 과거에 정신 건강 질환으로 약을 복용하신 적이 있나요? (있다면 구체적으로, 언제, 어떤 약을 얼마동안…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 현재 폭력적인 또는 위협을 느끼는 결혼 생활을 하고 계신가요? 예\_\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_\_ 예라면, 구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 가정 폭력으로 인한 법적인 문제가 있나요? 예\_\_\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_\_\_ 예라면

구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**음주 및 약물 남용**

1. 본인의 음주 및 약물 남용이 현재 갖고 계신 문제를 더욱 악화시킨다고 생각하시나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_ 예라면 구체적으로 어떤 약물:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 술이나 약물을 끊어야 한다고 느낀 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_
3. 다른 사람이 본인의 술이나 약물 문제를 이야기할 때 화를 낸 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_
4. 음주에 대한 죄책감을 느낀 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_
5. 마음에 안정을 취하려고 아침부터 술을 드신 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_
6. 본인이 생각하시기에 스스로 술이나 약물 문제가 있다고 생각하시나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_
7. 과거에 술이나 약물 문제가 있었나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_
8. 이전에 술이나 약물 문제로 상담 치료를 받은 적이 있나요? 예\_\_\_\_, 아니오\_\_\_\_

예라면, 구체적으로:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**현재 문제들**

**정서적**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 지나치게 자주 움 |  | 어려운 과제에 포기함 |
|  | 죄책감과 수치심을 느낌 |  | 우울함 |
|  | 일반적인 상황에 지나친 분노, 공포, 슬픔으로 과잉 반응함 |  | **상실(grief)**에 대한 슬픔, 우울, 또는 죽고 싶은 욕구를 느낌 |
|  | 과거 학대나 방임, 또는 트라우마 경험에 대한 괴로운 기억들 |  | **상실(grief)**과 관련없는 슬픔, 우울, 또는 죽고 싶은 욕구를 느낌 |
|  | **지나친 공포나 두려움, 그리고 잦은 근심** |  | 지나치게 분노를 나타냄 |
|  | **설명할 수 없는 공포나 두려움, 그리고 불안** |  | **마음 편하게 있을 수 없음** |
|  | **잦은 악몽** |  | 낮은 자아 존중감 |
|  | 지나친 행복감 |  | **갑작스런 체중의 감소 또는 이유 없는 체중의 감소** |
|  | 지나친 분노와 공격적인 행동들 |  | **예전에 즐기던 것들에 대한 흥미가 없어짐** |
|  | 기력이 없음 |  | **수면이 줄거나 또는 늘거나, 입맛이 갑자기 떨어짐** |
|  | 피곤함 |  | 아무도 없는 데 소리를 들음 |
|  | **지나치게 많이 먹음 또는 갑작스런 체중의 증가** |  | 자살하고 싶은 생각 |
|  | **지나친 신체적인 고통이나 몸이 아프고 쑤심** |  | 자살을 시도했다 실패함 또는 자해 행위 |
|  | **삶에 대한 무기력함** |  | 과거 자살 생각 및 시도 |

**행동적**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 이용당함 |  | 의사 소통의 문제점 |
|  | 위축됨 |  | 과잉 행동 |
|  | 타인과의 잦은 언쟁과 싸움 |  | 때리고 발로 차고 밀침 |
|  | **가족과의 잦은 언쟁과 싸움** |  | 수면 문제 (악몽, 지나치게 오래 잠, 또는 지나치게 자지 않음) |
|  | 충동적 |  | **사소한 일에 과잉 반응함** |
|  | 알코올 중독, 약물 남용 |  | 집중하는 데 어려움 |
|  | 사고를 자주 침 |  | 정리 정돈을 못함 |
|  | 지나친 짜증을 냄 (Temper outbursts) |  | 과제를 **시작**하는 데 어려움 |
|  | 지나치게 과식하거나 소식함 |  | 생각 없이 행동함 |
|  | **공상하기 (Daydreaming)** |  | 가만히 앉아 있지 못함 |
|  | 허리가 아픔 |  | 계획을 하지 못함 |
|  | 두통 |  | 결정을 내리지 못함 |
|  | 소화 불량 |  | 빠른 심장 박동/두근거림 |
|  | 배가 아픔 |  | **신체적인, 정서적인, 또는 성적인 학대** |
|  | 건강 문제들 (신체적인 불편함이나 의학적인 문제들) |  | **지나친 우울증 (무기력증, 외로움, 위축됨, 소외감, 친구 맺기 어려움)** |
|  | 심장 문제 |  | 범법 행위 |
|  | 대인 관계 문제 |  | **과제나 임무를 끝내지 못함** |
|  | 집 문제(Housing problems) |  | 가출 |
|  | 경제적인 문제 |  | 사람들이 본인을 따라다닌다고 생각 |
|  | 주의력 결핍 또는 집중을 못함 |  | 사람들이 본인을 주시한다고 생각 |
|  | 삶의 변화에 대한 적응 문제 (새로운 학교, 부모의 이혼, 이사 등) |  | **확인 되지 않은 위험을 피하기 위해 하루에도 몇 번을 손을 씻거나 세거나 일련의 절차의식들을 행함** |
|  | 위험한 행동을 함 |  | **부적절한 성적인 표현이나 행동** |

**오랜 시간 동안 질문지를 작성해 주셔서 감사합니다.**



HopeSpring Child & Family Clinic, LLC

703-259-5617 • Fax: 703-552-2037

3915 Old Lee Hwy #23A Fairfax, VA 22030

[Info@hopespringchildandfamily.com](mailto:Info@hopespringchildandfamily.com) • [www.hopespringchildandfamily.com](http://www.hopespringchildandfamily.com)