

## 使者咨询服务资讯表

21 Ambassador Drive, Paradise, PA 17562  
717-687-8564

姓: \_\_\_\_\_ 名: \_\_\_\_\_ 中间名: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_  
街道 城市 州 邮编

最常用的电话号码: \_\_\_\_\_ 可以留言吗? Y/N

辅助电话号码: \_\_\_\_\_ 可以留言吗? Y/N

电邮地址: \_\_\_\_\_ 可以给您发电子邮件吗? Y/N

婚姻状况: \_\_ 单身\_\_ 已婚\_\_ 离婚\_\_ 分居\_\_ 寡居/鳏居

紧急情况下联系人姓名: \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

如果您有自杀或他杀倾向, 允许联系 \_\_\_\_\_ (客户签名)

你是如何得到这个咨询中心的资讯的 (网站, 海报, 使者工作人员, 朋友等)?

### 你目前的困扰:

1. 请说明你为什么决定来咨询:

2. 这困扰您多长时间了?

3. 您目前如何评估此问题的严重程度? (在线上放置一个x)

\_\_\_\_\_  
轻微 中等 严重 非常严重

4. 如果适用, 请描述可能导致您当前困扰的任何事件或问题 (例如, 亲人的死亡, 工作或学校的问题, 关系结束, 过去的创伤):

5. 在过去, 哪些做法, 在处理困难方面对您有帮助?

6. 圈出您目前的所有问题/症状:

忧郁	焦虑	强迫行为
难以集中精力	情绪波动	脾气暴躁
躁动	疲劳	睡眠障碍
激进的行为	过去事故回放	切割或自伤
不信任	慢性疼痛	性虐待
梦魇	酒精/药物依赖	自杀念头
强迫想法	为人父母困难	厌食 (过度进食, 呕吐等)
性问题	无动力	
哭泣	社交回避	
容易分心	恐惧/恐惧症	

其他症状:

如果情绪低落, 请描述说明:

**家庭信息**

请列出您家庭成员 (目前与您同住):

姓名 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 与你的关系 (例如儿子, 配偶) \_\_\_\_\_

在你的朋友和家人中, 支持你的人?

任何婚姻或家庭的信息有助于解释的您目前的情况?

**身体健康史**

我认为我的整体健康状况是: 良好 \_\_\_\_\_ 一般 \_\_\_\_\_ 不好 \_\_\_\_\_

您目前正在接受医疗治疗或是正在服用任何处方药? 如果是, 请列出:

还有其他身体健康问题需要分享吗?

**心理健康史**

您正和其他辅导做心理咨询辅导吗?  是  否

如果是,是和哪位? \_\_\_\_\_

咨询原因:

您(或您的家人)是否曾参与过咨询?  是  否

如果是,是和哪位? \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

咨询原因:

任何其他重要心理健康问题你认为需要分享吗?

### 灵命历史

您参加教会吗? 是/否 教会名字: \_\_\_\_\_

您会如何描述你与上帝的关系?

您的信仰经历如何帮助或阻碍你处理您的困扰?

### 关于隐私权的通知

健康保险流通与责任法案(HIPAA)围绕使用受保护的健康信息创建了新的患者保护措施。HIPAA通常被称为“医疗记录隐私法”,HIPAA提供患者与数据的电子传输相关的保护,提供患者记录的保存和使用以及医疗保健记录的存储和访问相关的保护。HIPAA也适用于心理健康客户服务。虽然我们不提供心理健康咨询,但我们将遵守HIPAA有关保护您的记录的规定。您在下面的签名表示您了解此隐私权客户通知文档。如果您对上述任何问题有任何疑问,请随时要求我们进一步澄清。

我已阅读并理解教牧关怀和咨询知情同意书,包括客户通知隐私权部分。

姓名: \_\_\_\_\_

本人或监护人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_