

인적 사항	성 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	년 월 일 (만 세)
	소 속	_____대학 _____학과(전공) ____학년 학번_____				
	연락처	핸드폰_____ 집_____ 이메일_____				
	주 소					
대학 및 생활	입학경위	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 편입 <input type="checkbox"/> 기타(_____)			종 교	
	재수여부		휴학여부		가입동아리	
	병 역	<input type="checkbox"/> 필 <input type="checkbox"/> 미필 <input type="checkbox"/> 면제	거주형태	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 기숙사 <input type="checkbox"/> 자취 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
상담 신청	1. 상담을 신청하게 된 동기는 무엇입니까? <input type="checkbox"/> 자진 <input type="checkbox"/> 친구, 선후배 권유 <input type="checkbox"/> 교수 권유 <input type="checkbox"/> 안내문, 홈페이지 <input type="checkbox"/> 기타(_____)					
	2. 다음 중 어느 부분에 대하여 상담 받기를 원하십니까? <input type="checkbox"/> 학교생활 적응 <input type="checkbox"/> 정서적 문제 : 우울, 불안, 공포 등 <input type="checkbox"/> 학업 및 진로 <input type="checkbox"/> 성격 및 적응 <input type="checkbox"/> 대인관계 <input type="checkbox"/> 행동 및 습관 : 불면, 주의집중 곤란 등 <input type="checkbox"/> 가족관계 <input type="checkbox"/> 이성관계 및 성 관련 <input type="checkbox"/> 자살사고 및 행동 <input type="checkbox"/> 자해행동 <input type="checkbox"/> 기타(_____)					
	3. 겪고있는 어려움이나, 심리적 증상에 대해서 구체적으로 기술해 주십시오.					
	4. 상담을 통해 도움 받고 싶은 점을 구체적으로 기술해 주십시오.					

상담
신청

5. 이전에 상담 또는 심리치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

받은 적이 있다면, 언제(일시, 기간 등)_____

어디서(상담자 또는 기관명)_____

왜(어떤 문제로)_____

6. 이전에 심리검사를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

받은 적이 있다면, 언제(일시)_____ 어떤 검사(검사명)_____

어디서(상담자 또는 기관명)_____

왜(어떤 문제로)_____

7. 가족사항을 적어주십시오.

관계	연령	학력	직업	관계	연령	학력	직업

8. 상담이 가능한 시간을 모두 표시해 주십시오.

	월	화	수	목	금	비고
10~11시						
11~12시						
12~1시	점	심	시	간		
1~2시						
2~3시						
3~4시						
4~5시						