

مصاحبه عملکرد زندگی

این فرم که در اختیار شما قرار گرفته است به مشاور شما در شناخت بهتر و خدمت مناسب به شما، کمک می کند. لطفا اطلاعات مورد نیاز را یادداشت کرده و یا کنار پاسخ های صحیح علامت بزنید. شما ممکن است بعضی از اطلاعات را از قلم بیندازید لذا سعی کنید دقیق به سوالات خواسته شده پاسخ دهید. بی نهایت سپاسگذاریم.

بخش A:

نام و نام خانوادگی:	آدرس:
شهر/روستا:	تلفن منزل:
تلفن محل کار:	شماره موبایل:
فاکس:	ایمیل:

آیا با ارتباط برقرار کردن با شما به وسیله هر گونه ابزار ارتباطی از جمله تلفن، ایمیل، ... مخالف هستید. بله خیر

به چه شیوه ای دوست دارید با شما در ارتباط باشیم؟

تاریخ تولد:	سن:	جنس:	مرد <input type="checkbox"/>	زن <input type="checkbox"/>
-------------	-----	------	------------------------------	-----------------------------

نام تماس اضطراری:	سطح رابطه:
آدرس:	شهر/روستا:
شماره خانه:	ایمیل:
ارجاع داده شده به وسیله:	

بخش B: بررسی مشکل ارائه شده

۱. توصیف مختصر مشکل یا ناراحتی که شما مایل هستید در درمان آن به شما کمک شود:

۲. مشکل یا ناراحتی را که منجر به جستجوی شما جهت دریافت خدمات تخصصی شده است را چگونه ارزیابی می کنید؟ (لطفا دایره بزنید)

شدت شدید نیست		شدت متوسط		شدت بی نهایت
۱	۲	۳	۴	۵

۳. به طور تخمینی چه مدتی است که شما این مشکل یا ناراحتی را دارید؟

۴. به چه طریق شما سعی کردید با این مشکل یا نگرانی مقابله کنید؟

بخش C: زمینه فرهنگی

۱. نژاد یا قومیتتان چیست؟

ایرانی	افغانی	غیره	قومیت	کرد	ترک	عرب	غیره
--------	--------	------	-------	-----	-----	-----	------

۲. چقدر نسبت به قومیت خود آشنایت دارید؟

اصلاً	خیلی کم	کمی	به طور متوسط	زیاد
-------	---------	-----	--------------	------

۳. اولویت مذهبی یا معنوی شما:

۴. آیا شما در مذهب و دینی که دارید فعالیت می کنید؟ بله بعضی اوقات نه

۵. آیا خانواده شما در منزل به زبانی غیر از فارسی در خانه صحبت می کند؟

ابداً	خیلی کم	بعضی اوقات	بارها	همیشه
-------	---------	------------	-------	-------

اگر جواب شما "بعضی اوقات" تا "همیشه" را در بر می گیرد، زبانی را که با آن صحبت می کنید را نام ببرید؟

۶. آیا شما و پدر و مادرتان در ایران متولد شده اید؟ بله خیر مطمئن نیستم

اگر خیر، در کدام کشور متولد شده است و سن شما در زمان مهاجرت به ایران چقدر بود؟

بخش D: زمینه خانواده

۱. لطفاً اعضای فعلی خانواده خود را در لیست زیر نام ببرید؟ با ذکر سن، شغل و میزان تحصیلات.

a.	پدر:	سن:	شغل:	میزان تحصیلات:
b.	مادر:	سن:	شغل:	میزان تحصیلات:
c.	برادر/خواهر	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
d.	برادر/خواهر	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
e.	برادر/خواهر	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
f.	برادر/خواهر	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>

۲. آیا پدر شما فوت کرده است؟ بله خیر سال فوت؟

۳. وضع تاهل والدین شما چگونه است؟ ازدواج طلاق جداگانه ازدواج دوباره پدر ازدواج دوباره مادر

۴. لطفاً اعضای ناتنی را در خانواده مشخص کنید. (لطفاً دور اعضای مورد نظر خط بکشید)

a.	ناپدری:	سن:	شغل:	میزان تحصیلات:
b.	نامادری:	سن:	شغل:	میزان تحصیلات:
c.	برادر/خواهر ناتنی	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
d.	برادر/خواهر ناتنی	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
e.	برادر/خواهر ناتنی	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
f.	برادر/خواهر ناتنی	سن:	شغل:	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>

۵. وضعیت رابطه شما چه گونه است؟

مجرد مطلقه جدا بیوه ازدواج و پایبند به آن دوباره ازدواج کرده

۶. مشخصات همسرتان: سن: شغل: میزان تحصیل: آیا در قید حیات هستند؟ بله خیر سال؟

۷. لطفا مشخصات فرزندان را در جدول زیر قید کنید؟

a.	فرزند اول	سن:	ایا به فرزندی قبول کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
b.	فرزند دوم	سن:	ایا به فرزندی قبول کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
c.	فرزند سوم	سن:	ایا به فرزندی قبول کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
d.	فرزند چهارم	سن:	ایا به فرزندی قبول کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
e.	فرزند پنجم	سن:	ایا به فرزندی قبول کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>

۸. لطفا در صورت سرپرستی فرزندان ناتی آنها را در فهرست زیر مشخص کنید؟

a.	فرزند ناتی اول	سن:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
b.	فرزند ناتی دوم	سن:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
c.	فرزند ناتی سوم	سن:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
d.	فرزند ناتی چهارم	سن:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>
e.	فرزند ناتی پنجم	سن:	جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>

۹. لطفا هر مشکل یا اتفاقی را که برای خانوادتان در گذشته، حال یا در شرف وقوع هست را مشخص و بررسی نمایید؟

مرگ		سوء استفاده جنسی / جسمی	طلاق
بحران مالی / بی کاری		جابجایی های مکرر	مشکلات حقوقی
صدمات ناتوان کننده / ناتواناییها		خودکشی موفق / ناموفق	سوء مصرف مواد و الکل
اختلالات خوردن		بیماریهای مزمن / خطرناک	سایر -----
امور زناشویی / خیانت		اختلال روانی	

لطفا اعضایی را در خانواده که دچار مشکل شده اند به همراه سال تقریبی رویداد مشخص کنید؟

۱۰. آیا شما شخصا مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته اید؟

اصلاً مطمئن نیستم هیچانی جسمی جنسی

۱۱. تا چه اندازه خانواده شما به عنوان منبعی برای حمایت هیچانی از شما نقش دارد؟

اصلاً کم تا حدی به طور قابل توجه همیشه

۱۲. تا چه اندازه بین ارزش های که شما به آنها اعتقاد دارید با ارزش های والدینتان در تضاد است؟

اصلاً کم تا حدی به طور قابل توجه همیشه

۱۳. در خانوادیتان شما با کدام یک احساس نزدیکی و صمیمیت می کنید؟-----بیشتر احساس دوری می کنید؟-----

بیشترین تضاد را با آن دارید؟-----

بخش E: اطلاعات آموزشی و تاریخچه شغلی

۱. لطفاً پایه تحصیلتان را مشخص کنید؟

بی سواد سیکل دیپلم کارشناسی کارشناسی ارشد دکتری سایر

۲. بیشترین/کمترین حوزه تمرکز شما چیست؟

۳. آیا شما سابقه مشکلات یادگیری را در مدرسه داشته اید؟

اصلاً کمی تا حدودی قابل توجه همیشه

۴. تا چه اندازه شما از پیشرفت تحصیلتان تا اکنون راضی هستید؟ (لطفاً گزینه انتخابی را دایره بزنید)

خیلی ناراضیم		راضی		خیلی راضیم	
۱	۲	۳	۴	۵	۵

۵. در صورت عدم رضایت چه چیزی مانع پیشرفت تحصیل شما بوده است؟

۶. شغل فعلیتان چیست؟

۷. شما در کجا استخدام شده اید؟

۸. میزان رضایتتان را از شغل فعلی مشخص کنید؟ (لطفاً گزینه انتخابی را دایره بزنید)

خیلی ناراضیم		راضی		خیلی راضیم	
۱	۲	۳	۴	۵	۵

۹. لطفاً چهار کارفرما اخیر را به همراه تاریخ استخدامتان در جدول زیر مشخص کنید؟

a.	اولین کارفرما:	تاریخ استخدام:
b.	دومین کارفرما:	تاریخ استخدام:
c.	سومین کارفرما:	تاریخ استخدام:
d.	چهارمین کارفرما:	تاریخ استخدام:

۱۰. آیا شما تا حالا از کار اخراج شده اید؟ بله خیر

اگر بله به چه دلیل؟

۱۱. آیا شما تا به حال شغلی را رها کرده اید؟ بله خیر

اگر بله، به چه دلیل؟

بخش F: سلامت و عملکرد اجتماعی

۱. سلامت جسمی شما در حال حاضر چگونه است؟

ضعیف متوسط رضایت بخش خوب عالی

۲. لطفاً هرگونه علائم جسمی مداوم و نگرانی در مورد سلامت را مشخص کنید. (به عنوان مثال، درد مزمن، سردرد، دیابت، غیره.)

۳. لطفا هر گونه نسخه پزشکی را که اخیراً دریافت کرده اید ، بنویسید؟

۴. آیا شما هیچ مشکلی با عادات خوابتان دارید؟ بله خیر

اگر بله ، بررسی کنید کدامیک از این موارد است:

خواب خیلی کم خواب خیلی زیاد کیفیت خواب پایین رویاهای آشفتنه سایر

۵. چند بار در هفته ورزش می کنید؟ برای چه مدت؟

۶. آیا شما مشکلی با عادت های خوردن دارید؟ بله خیر

اگر بله ، بررسی کنید کدامیک از این موارد است:

کم خوری بیش خوری خوردن مفراط کمبود کالری تغییر وزن قابل توجه (در دو ماه گذشته)

۷. آیا شما مرتباً الکل استفاده می کنید؟ بله خیر

در یک ماه گذشته ، آیا شما در طول ۲۴ ساعت ۴ بار یا بیشتر مشروب خورده اید؟

۸. آیا شما تا به حال سعی کرده اید مقدار مصرف الکل را کاهش دهید؟ بله خیر

۹. آیا تا به حال شما بخاطر مصرف الکل اطرافیان نزدیکتان را رنجانده اید؟ بله خیر

۱۰. آیا شما مصرف الکل را به عنوان یک مشکل در نظر گرفته اید؟

۱۱. هر چند وقت یک بار شما به مصرف تفریحی دارو می پردازید؟

روزانه هفتانه ماهانه به ندرت هرگز

۱۲. آیا شما مصرف دارو را به عنوان یک مشکل در نظر می گیرید؟ بله خیر نامطمئن

۱۳. آیا شما تا به حال مشکلات قانونی پیدا کرده اید؟ بله خیر ماهیت مشکل:

۱۴. در گذشته کیفیت روابط با همسالانتان را چگونه ارزیابی می کنید؟

خیلی ضعیف عدم رضایت متوسط خوب عالی

۱۵. تقریباً روابط صمیمانه قابل توجه ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد ، آیا شما همچین روابطی را داشته اید؟..... آیا در حال حاضر یک چنین رابطه ای را دارید؟

بله خیر نامطمئن

۱۶. آیا شما هیچ مشکل یا نگرانی در مورد عملکرد جنسیتان دارید؟ بله خیر

اگر بله ، گزینه مورد نظران را مشخص کنید:

مشکلات عملکرد نکانشگری جنسی فقدان میل مشکل در نگهداری انگیختگی سایر.....

۱۷. گرایش جنسی شما چیست؟ دگر جنس خواه گای/لزبین دو جنس گرا نامطوئن
۱۸. به غیر از اعضای خانواده، به طور تقریبی چه تعداد افراد می توان شما برای دوستی یا حمایت هیجانی حساب کنید؟
۱۹. شما اوقات فراغتتان را چگونه سپری می کنید؟

بخش G: تاریخچه سلامت روان

۱. آیا شما اخیراً خدمات روانپزشکی، مشاوره تخصصی یا در جای دیگر درمان شده اید؟ بله خیر
۲. آیا شما تا به حال به مشاوره یا روان درمانی رفته اید؟ بله خیر
- اگر بله، لطفاً موارد زیر را مشخص کنید؟ دلایل برای مشاوره:
- محل مشاوره:
- تاریخ مشاوره:
- طول زمان مشاوره:
۳. آیا شما تا به حال به دلایل روانپزشکی بستری شده اید؟ بله خیر
- اگر بله، لطفاً موارد زیر را مشخص کنید:
- دلایل برای بستری شدن:
- محل بیمارستان:
- تاریخ بستری:
- مدت زمان بستری شدن:
۴. آیا تا به حال به دلایل روانپزشکی برای شما دارو تجویز شده است؟ بله خیر
- اگر بله، لطفاً موارد زیر را مشخص کنید:
- نام/میزان دوز دارو:
- تاریخ تجویز دارو:
- مدت مصرف دارو:
- پزشکی که دارو را تجویز کرده است:
۵. آیا شما اخیراً افکار خودکشی داشته اید؟ بله خیر
- چند وقت یکبار؟ روزانه هفتگی ماهانه به ندرت
- آیا این افکار را در گذشته داشته اید؟ بله خیر
- چند وقت یکبار؟ روزانه هفتگی ماهانه به ندرت
۶. آیا تا به حال از روی عمد به خودتان آسیب زده اید؟ بله خیر
- چند وقت یکبار؟ روزانه هفتگی ماهانه به ندرت
- نوع آسیب وارده:
۷. آیا تا به حال از روی عمد به شخص دیگری آسیب زده اید؟ بله خیر
- نوع آسیب وارده:
۸. آیا تا به حال هر گونه تجربه آسیب زا را داشته اید؟ بله خیر
- چه زمانی؟ نوع تجربه وارده:

۹. آیا شما تا به حال تجاوز جنسی ، رابطه جنسی ناخواسته یا لمس کردن های ناراحت کننده را داشته اید؟

به طور مکرر چندین بار یکبار هرگز مطمئن نیستم

۱۰. آینده خودتان را چگونه می بینید؟ بد و نامناسب متوسط نسبتاً خوب خوب عالی

۱۱. لطفا برنامه های را که برای آیندیتان مشخص کرده اید توصیف کنید.

۱۲. در مشاوره پیش روی شما آرزوی دستیابی به چه چیزی را دارید؟

۱۳. آیا موضوع دیگری وجود دارد که شما دوست دارید مشاورتان در باره آن بدانند؟

از تلاش و در اختیار گذاشتن وقتتان بی نهایت سپاسگذارم

روانشناس: