

Associates in Christian Counseling

Symptom Checklist

Please rate the following concerns you have experienced during the *PAST MONTH* using the following scale:

1 (none).....2 (mild).....3 (moderate).....4 (high).....5 (severe)

<p>_____ Alcohol</p> <p>_____ Anger</p> <p>_____ Compulsive behaviors</p> <p>_____ Crying</p> <p>_____ Death of loved one</p> <p>_____ Depression</p> <p>_____ Education</p> <p>_____ Feelings of inferiority</p> <p>_____ Hand tremors</p> <p>_____ Hopelessness</p> <p>_____ Hyperactivity</p> <p>_____ Illicit drugs</p> <p>_____ Illness</p> <p>_____ Illness of loved one</p> <p>_____ Increased need for sleep</p> <p>_____ Increased startle response/'jumpy'</p> <p>_____ Irritability</p> <p>_____ Lack of sleep/insomnia</p> <p>_____ Lowered energy/lethargy</p> <p>_____ Lowered sex drive/libido</p> <p>_____ Mood swings</p> <p>_____ Nightmares</p> <p>_____ Obsessive thoughts</p> <p>_____ Panic</p> <p>_____ Racing thoughts</p> <p>_____ Recurring/intrusive thoughts</p> <p>_____ Resentment</p> <p>_____ Self destructive behaviors</p> <p>_____ Shame</p> <p>_____ Shortness of breath</p> <p>_____ Smoking/tobacco use</p> <p>_____ Social withdrawal</p> <p>_____ Specific phobia</p> <p>_____ Stress</p> <p>_____ Suicidal thoughts</p> <p>_____ Traumatic experience</p> <p>_____ Other(s)_____</p>	<p>_____ Addiction</p> <p>_____ Anxiety</p> <p>_____ Betrayal</p> <p>_____ Body image</p> <p>_____ Caffeine intake</p> <p>_____ Children</p> <p>_____ Concentration</p> <p>_____ Custody</p> <p>_____ Desire to harm other(s)</p> <p>_____ Developmental delays</p> <p>_____ Divorce</p> <p>_____ Finances</p> <p>_____ Grief</p> <p>_____ Guilt</p> <p>_____ Health problems</p> <p>_____ Impulsivity</p> <p>_____ Job</p> <p>_____ Learning difficulties</p> <p>_____ Loneliness</p> <p>_____ Loss of time</p> <p>_____ Memory</p> <p>_____ Overeating</p> <p>_____ Overuse of medication</p> <p>_____ Parenting</p> <p>_____ Physical abuse</p> <p>_____ Physical health</p> <p>_____ Pornography</p> <p>_____ Pregnancy</p> <p>_____ Purging</p> <p>_____ Religious</p> <p>_____ Separation</p> <p>_____ Sexual problems</p> <p>_____ Significant other relationship</p> <p>_____ Social difficulties</p> <p>_____ Spiritual</p> <p>_____ Verbal abuse</p> <p>_____ Weight</p>
---	--

Client Name

