

カウンセリング受付票

カウンセリングを開始するにあたって、あなたのことについて教えていただきたいと思います。教えていただける範囲でかまいませんので、ご記入をお願いします。こちらの用紙は、初回カウンセリングの時に必要ですので、お忘れないようにご持参ください。

		記入日	年	月	日
(ふりがな)		生年月日	年	月	日
氏名		年齢	歳		
住所	(〒 -)				
メールアドレス	@				
	※緊急時の際（災害による急な閉室など）に、心理センターの状況をメールでお知らせします。下記のいずれかにチェックをしてください。 メール配信を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
連絡先	携帯電話				
	その他				
学校名／職業					

●現在、精神科・心療内科に通院中もしくは、通院したことのある場合はご記入ください。

病院名	病名（お分かりであれば）

●今までに大きな病気やケガをしたことがある場合はご記入ください。

病院名	病名

●ご家族について（※同居の方は○をつけてください）。

続柄	お名前	年齢	職業	同居	備考欄
				同居	
				同居	
				同居	
				同居	
				同居	

				同居	
				同居	
				同居	
				同居	
				同居	

●ご家族に精神科・心療内科の通院歴がある方がおられましたら教えてください。

続柄	病名（お分かりであれば）

●カウンセリングでお話したいこと、現在お困りのことについてご記入ください。

●その他、知っておいてほしいことがあればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。