

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	災害による急な閉室などのような緊急時には、心理センターの状況をメールでお知らせします。メールでのお知らせを希望される方は下記にアドレスをご記入ください。 ※普段の問合せに関しては電話でお願いします。				
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）

[illegible]

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、知っておいて欲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。

こちらに記載していただいた内容は、カウンセリングのためだけに使用いたします。

ご本人の承諾なく、上記の目的以外に個人情報の利用、または第３者に提供することはありません。