

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り、あなたのことについて教えていただきたいと思います。

可能な範囲で結構ですので、ご記入ください。こちらの用紙は、カウンセリングの際に必要ですので、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	@			
連絡先				
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がある場合は、ご記入ください。

病院名	通院時期 (1年前まで、現在など)	病名

○体のことで病院に通院されている方、今までに大きな病気をされた方は、ご記入ください。

何科にかかったか	病名

○ご家族について、ご記入ください。

続柄	お名前	年齢	職業	同居/別居	備考
				同居/別居	
				同居/別居	
				同居/別居	
				同居/別居	
				同居/別居	
				同居/別居	

○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、ご記入ください。

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。