

カウンセリング受付票

No. _____

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

○現在、通っておられる精神科・心療内科で処方されている薬についてご記入ください。

薬 剤 名	一回あたりに飲む量	飲む回数

○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	

