

相談申し込み票 (大人用)

年 月 日 ( ) No.

内容はすべて秘密を厳守致します

フリガナ

1. お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 歳)

ご住所 (連絡先) 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 (ご自宅) ( ) 携帯電話 ( )

メールアドレス \_\_\_\_\_

同伴者 (お名前) \_\_\_\_\_ ご本人との関係 \_\_\_\_\_

ご勤務先・学校名 \_\_\_\_\_

2. (継続相談の場合) 来談可能な曜日・時間 (可能ならいくつ挙げてください)

.....

担当者の希望 (性別等) があれば記入して下さい

3. 当心理相談室のことは、どのようにしてお知りになりましたか

.....

4. 家族構成 (現在同居している方)

続柄	お名前	年齢 ( 歳)	ご職業・学校等

5. 学校歴・職業歴

学 校	職 業
年 月	年 月
年 月	年 月
年 月	年 月
年 月	年 月

6. いままで、今回の心配ごとで相談や治療を受けた場所・担当者

年 月～ 年 月

.....

年 月～ 年 月

.....

年 月～ 年 月

.....

裏面に続く

7. いま, どのようなことでお困りですか

---

---

---

---

---

8. その問題はいつごろから始まりましたか. その後のご様子についてもお書き下さい

---

---

---

---

9. その問題に関して, ご家族のお考えはどのようなものでしょうか

---

---

---

---

10. あなたの人柄や性格などについて, あなた自身を感じていることをお書き下さい

---

---

---

---

11. 今までに何か大きな病気にかかったことがありますか. それは何ですか

---

---

---

12. ご家族やご親類の中に, あなたと同じような問題のある方がおられますか

---

---

---

13. その他, 何かございましたら, 自由にお書きください