

相 談 受 付 票

初回面接予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

なるべく全ての項目にご記入願います。ご本人の承諾なく、個人情報第三者に伝えることはありません。

ふりがな 氏 名：		
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	年齢： _____ 歳	性別： _____
職業：	紹介者：	
当オフィスを知ったきっかけ： ご紹介・ホームページ・フェイスブック・ツイッター・その他（ _____ ）		
保護者氏名（未成年の方のみ）： _____		（続柄： _____）

I. ご連絡先について

自宅

住所：〒 _____	
電話： _____	E-mail： _____

勤務先

名称・部署等： _____	
住所：〒 _____	
電話： _____	E-mail： _____

II. オフィスからの連絡方法（いずれかに○をしてください）

連絡手段： 自宅（電話・メール）	勤務先（電話・メール）
連絡をする際： オフィス名を名乗ってよい 担当者氏名で名乗ってほしい	

III. ご自身の相談および治療歴

例	○年△月～○年□月	機関名 (A クリニック)
		機関名 ()
		機関名 ()
		機関名 ()
		機関名 ()
		機関名 ()
※現在他機関での相談および治療を継続中の方は必ずお答えください 当オフィスへおいでになることについて各種相談機関の担当者に同意を得ていますか 同意を得た ・ 同意を得ていない ・ その他 ()		

IV. ご家族について

続柄	年齢	職業	備考 (同居/別居,未婚/既婚,既往等どのようなことでも)
父			
母			

V. ご相談の動機と目的（複数ある場合は①②など通し番号をつけてご記入ください）

※詳しくはお会いして伺いますので、簡単でも結構です。

上記の記載内容に間違いはありません。

署名：

保護者署名（未成年のみ）：

※下記は、記入不要です。

（トライアル面接後、継続のご意思がある場合に記入していただきます）

『カウンセリング同意書』の内容に同意しました。

署名：

保護者署名（未成年のみ）：

オフィス使用欄（記入しないでください）

<input type="checkbox"/> 身分証明書確認	<input type="checkbox"/> 身分証明書返却	<input type="checkbox"/> 返書送付
担当者氏名：	備考：	