

5 枚中 1 枚目



## 相 談 受 付 票

初回面接予定日： 年 月 日

5 枚中 4 枚までが記入していただく箇所です。量が多くお手数をおかけしますが、ご本人のことを理解させていただくためにご記入をお願いいたします。ご本人の承諾なく、個人情報を第三者に伝えることはありません。

### 【本票記入者について】

記入者氏名： 続柄：  本人 親 ( 父  母)  その他 ( )

### 【来談経路について】

当オフィスを知ったきっかけ：  紹介  ホームページ  その他 ( )

紹介機関・紹介者名：

### 【ご本人について】

ふりがな  
氏 名：

生年月日： 年 月 日 年齢： 歳

性別： 職業：

住所： 〒

電話番号：

E-mail：

※「@shinshu-shinri.jp」からのメールが、確実に届くように受信設定をお願いいたします

5 枚中 2 枚目

【ご相談内容について】

お困りのこと（複数回答可）： <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> その他
お困りのことが始まった時期： <input type="text"/> 歳から <input type="text"/> もしくは <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月頃から
お困りのことの詳細 <u>※書ける範囲で結構です</u> (きっかけ、経過、症状、今までの対処、治療歴やカウンセリング歴等)。

当オフィスで行いたいこと（複数回答可）：

カウンセリング／心理療法  心理検査  その他（ ）

▼以下は対人支援の専門職向け

スーパーヴィジョン（心理職向け）  教育分析（心理職向け）

コンサルテーション（他対人支援専門職向け；ケースに対する臨床心理的立場からの助言など）

その他（ ）

【ご本人とご家族について】

※ご本人以外にも、両親・きょうだい・配偶者・子ども・祖父母・その他養育者など、ご本人の今の生活や生い立ちに関連がある方についてご記入ください。（書ける範囲で結構です）

続柄	年齢	職業	同居か別居か等	精神科や心療内科への通院歴	◆本人…性格や本人らしさが伺えるエピソードなど ◆その他の方…性格や本人との関係、その方らしさが伺えるエピソードなど ご本人のことを理解させていただく際の参考になります。
本人	—	—	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

5 枚中 4 枚目

続柄	年齢	職業	同居か別居か等	精神科や心療内科への通院歴	◆本人…性格や本人らしさが伺えるエピソードなど ◆その他の方…性格や本人との関係、その方らしさが伺えるエピソードなど ご本人のことを理解させていただく際の参考になります。
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	

ご記入いただきたい箇所はここまでです。

-----  
 ありがとうございました。  
 -----

受付もしくは担当者にお渡してください。

5 枚中 5 枚目

以下は、初回当日にご記入いただきます。事前のご記入は不要です。

私は、『カウンセリング同意書』に同意します。

年 月 日 署名：

保護者署名（未成年のみ）：

オフィス使用欄

担当	区分	情報提供 書類	書類送付 説明	書類送付	事務	代表
	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> KMC <input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> TMS	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/	/		