



カウンセリング申込票

受付日 年 月 日

カウンセリングを始める前に、あなたについてよく知るためのものです。太枠内にご記入をお願いいたします。書きにくいところがあれば、空欄で構いません。カウンセリングルーム以外の目的では一切使用いたしません。

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	西暦 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		
電話番号	留守電へ連絡 可・不可	携帯番号	留守電へ連絡 可・不可
E-mail	@ カウンセリングルームとの連絡のため、@hitsuji9mo.comを受信できるような設定にしておいてください。		
緊急連絡先	氏名 (ご本人との関係性)	電話番号	
ご職業	※数字に○をつけてください 1. 会社員 2. 公務員 3. 自営 4. パート・アルバイト 5. 学生 6. 主婦(主夫) 7. その他 ()		
通院状況	※数字に○をつけてください 1. 精神科・心療内科に通院中 2. カウンセリングを受けている 3. 特になし		
1. 今回ご相談されたいことは、どういったことですか？			

2. 今回の相談内容について、これまで誰かに相談されましたか？ はい・いいえ 「はい」の方は選んでください <input type="checkbox"/> 職場の上司・同僚 <input type="checkbox"/> 企業・産業保健職 <input type="checkbox"/> 家族・知人 <input type="checkbox"/> その他			
3. ほかに治療中のご病気があれば、病名・治療機関名・飲んでいるお薬をお書きください			
4. ご家族について、ご本人との関係、年齢、職業、同居の有無などをお書きください。			