

ふりがな	
お名前：..... 殿 男・女 年 月 日生まれ 歳	
保護者名：..... 殿 続柄（ ） *20歳未満の方はご記入ください.....	
ご職業	
ご住所	〒 —
電話番号	— — (ご自宅) — — (携帯)
他機関からの紹介状・診療情報提供書	あり・なし
①当センターをどのようにして知りましたか？	
②ご相談内容を簡単にご記入下さい	
③それはいつ頃から起こりましたか？また、ごく最近の様子はいかがですか？	
④上記ご相談内容について、今まで医療機関や相談所、カウンセリングセンターなど、どこかに相談したことはありますか？ 治療を受けた、あるいは相談したことで何か変化がありましたか？	
⑤その他、相談するにあたって知っておいてほしい事があればご記入下さい	

* ご協力ありがとうございました