

| | |
|--|-----------------------|
| 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