

# 受付票

●相談したい内容の中心になる人

お名前 \_\_\_\_\_ ( 男・女 )

電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●来談されたのは、 (ご本人 ・ 家族 ・ 知人)

●症状・ご相談内容をお書きください。簡単で結構です。

●これまで心療内科等に通院、カウンセリングを受けられたことはありますか？  
いいえ ・ はい (病院名 : \_\_\_\_\_ )

●当ルームを知ったきっかけは？  
ホームページ・ご紹介 ( \_\_\_\_\_ ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

●家族構成を教えてください。

続柄	年齢	職業	その他

ご記入いただいた内容は、カウンセリングをスムーズに行うためのもので、  
無関係な第三者に公開することはありません。 山の実カウンセリングルーム