

申し込みカード

年 月 日

名前		性別		年齢		職業		来日時間	年 月
生年月日				出身地		学校・職場名称			
住所									
メール						携帯番号 (本人)			
緊急連絡先	名前(続柄)				携帯番号				

家族構成

続柄	年齢	職業	同居
			はい いいえ
			はい いいえ
			はい いいえ

今までの精神科等への通院歴・カウンセリング歴 無・有

医療機関、相談機関	診断名	期間	
		年 月から	年 月まで
		年 月から	年 月まで
		年 月から	年 月まで

現在服用中の薬 無・有 薬名_____

相談内容 (いつ頃から始め、そのきっかけは?)

来所の希望時間

第一希望	月 日(曜日)	時～ 時
第二希望	月 日(曜日)	時～ 時
第三希望	月 日(曜日)	時～ 時

当相談室を知る経由

<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> パンフレット	<input type="checkbox"/> 知人紹介 (_____)	<input type="checkbox"/> その他_____
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

