**オンラインカウンセリングご利用にあたって（質問票）**

長岡京駅前メンタルクリニック

制定　2021年6月1日

ふりがな

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　性別：　　　　　生年月日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　　歳）

（未成年の場合）保護者の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　（紹介の場合）紹介者の氏名：

ご住所：〒　　　　　-

電話番号：（　　　　　）-　　　　　-　　　　　メールアドレス：

ふりがな

記入者：本人・その他（氏名：　　　　　　　　　　　　　　　）（続柄：　　　）記入日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

１．今回はどのような理由でお申込みされましたか？相談したい内容（症状や困りごとなど）やお申込みの経緯（いつ頃から困っているか・知人に指摘を受けたり勧められた・悩んでいて自分で当院を探したなど）を簡単にお書きください。

２．身体疾患や精神疾患と診断され、今現在通院治療をしていますか？もしくは、過去に診断されたことや入院したことはありますか？（※通院中の方は、病院名や主治医名、服用中のお薬の名前や用量などもお書きください。また、必ず主治医の先生に、当院でオンラインカウンセリングを受けることの許可を得てください）。

３．ご職業（学生含む）やその内容（職種など・学生の方は学校区分など）について、簡単にお書きください。

４．あなたの家族構成をお書きください（同居されている方については全てお書きください）。

（例：妻（30）、長男（5）、次女（3）と同居。実家に父（60）、母（60）、兄（35））

５．ご希望日時の候補をお書きください（原則、水曜18 時・19時・20時での対応となります。複数日時を、数週間ほど幅を持たせて挙げていただけますと幸いです。後日、お電話で日程調整をさせていただきます）。

６．その他、注意点や気になること、ご質問などありましたらお書きください。