相談受付書 Intake Form

　　　Date:　　　　　　yr年　　　mo月　　　day日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご本人のお名前 Name of the Identified Patient  （M男・F女） | | | Date of birth（西暦）  　　　yr年 　　　mo月　　　 day日  age（　　　　） |
| Names present today（本日いらした方） | | | relationship（ご本人との関係：父・妻・兄・など） |
|  | | |  |
|  | | |  |
| address住所〒　　　- | tel | （　　　　）　　　　-　　　　（home・cell・work）  （　　　　）　　　　-　　　　（自宅・携帯・職場）  （　　　　）　　　　-　　　　（自宅・携帯・職場） | |

All the family memberご家族（上記の方々も含め、全員の方をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前name | age | relation | Occupation, school, grade |
| （M男・F女） |  |  | （living together同居・separated別居） |
| （男・女） |  |  | （同居・別居） |
| （男・女） |  |  | （同居・別居） |
| （男・女） |  |  | （同居・別居） |
| （男・女） |  |  | （同居・別居） |
| （男・女） |  |  | （同居・別居） |

（以下は、お書きになれる範囲でご記入くださいFill in to the best of your knowledge）

* どなたのご相談ですか Who is the problem?

ご自身myself・ご家族family⇒（　　　　　　　　　　）

* ご相談の内容What is the problem?（現在、一番お困りのこと）

【Fill in the reverse side裏面もご記入ください】

* When and how the problem started?お困りごとが始まってからの経緯
* History of the consultation to any medical, counseling, support agencies.今まで、他の機関・クリニックなどで相談されましたか？

（yesはい・noいいえ）

その概要 content and outcome of the consultations

* How do you know Dr. Tamura? 田村毅研究室はどのようにしてお知りになりましたか？

1.人からのご紹介 referred by (person) *.*

2.ウェブ・サイトweb site

3.田村毅の著書・記事 Tamura’s book/article

* その他、相談に関するご要望などがありましたらご記入ください。

Any other comments and request for the consultation.