

相談申込票

記入日	年 月 日
記入者	ご本人・母・父・その他()

ご本人について

フリガナ	男 ・ 女	生年月日
お名前		年 月 日 (満 歳 ヶ月)
ご住所(〒 —)		*必ずご記入ください。
相談室から連絡する際の電話番号に☑してください。		
<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 — —	FAX 番号	
<input type="checkbox"/> 携帯電話番号 — —		

同居されているご家族について

お名前	続き柄	年齢	職業・所属、学校・園など
	ご本人		

*以下にも、必ずご記入をお願いします。

相談したいこと、特にききたいことをお書きください。

これまでに相談や受診された場所があればお書きください。

投薬を受けておられる方はお書きください。(例：○○で処方された△△を、一日☆回服用)

当相談室をどのようにお知りになりましたか。

こころの相談室 DD 夙川 FAX 0798-78-8448

*ファックス送信後、同番号にその旨伝言いただけますと助かります。