

成人用インテーク用紙

以下のインテーク用紙（問診票）をご記入の上、初回のカウンセリングセッションにお持ちいただきか、e-mail (clinical.assist@tell.jp.cm) や Fax (03-3797-3665) にてご返信ください。メールの添付ファイルをご送信される際、ご入力後一旦パソコンにて保存し、メールの添付ファイルとしてご送信ください。ただし、インターネットや電子メールの性質上、個人情報の安全性を完全に保証できませんのでご了承ください。ご質問がありましたら TELL カウンセリング 3-455 -1147（受付時間：月～金、1時～17:30時）までご連絡ください。

日付： _____ ご希望のカウンセリング： 個人 カップル 家族
 ご希望の予約日時： _____

個人情報

ご氏名： _____ 男 女
 ローマ字： _____
 国籍： _____ 生年月日： _____
 未婚 既婚 その他： _____
 メール： _____
 携帯電話番号： _____

現住所： 〒 _____

 ご自宅の電話番号： _____
 Fax 番号： _____
 SKYPE ID： _____

日本国内の緊急連絡先（必須）

ご氏名： _____
 ご本人との関係： _____
 ご連絡先： _____

未成年の場合

保護者のご氏名： _____
 ご本人との関係： _____
 ご連絡先： _____

紹介のリソース

どこで TELL を知りましたか？
 学校・大学 友人・家族
 医師 牧師・神父・教会
 他のセラピスト 弁護士・国の公共機関
 メディア・広告 EAP・会社の人事課
 健康保険会社 その他： _____

どなたからの紹介や勧めで TELL カウンセリングに予約されましたか？ 自分自身が必要性を感じて
 学校・大学 友人・家族
 医師 牧師・神父・教会
 他のセラピスト 弁護士・国の公共機関
 会社 その他： _____

TELL のイベントおよびワークショップの案内メールの受け取りを 希望する 希望しない

日本での生活状況

• あなた自身及びご家族はどのようなプライベート・海外健康保険又は EAP をお持ちですか？
 CIGNA International* Tricare*
 HTH/ GeoBlue* 保険なし
 勤め先の EAP*: _____
 その他の保険*: _____

*カウンセリングの事前に、下記について直接保険会社にお問い合わせください。

My plan is _____, under the policy name of _____
 My plan has a deductible of: ¥ _____ I have met ¥ _____ as of today.
 I agree to pay full fee until my deductible is met and then I will pay my full co-pay at each session. If there is no deductible I will pay my full co-payment.

My plan pays _____ % of the full fee, or ¥ _____ . My co-pay is _____ % of the full fee, or ¥ _____
 My plan has a yearly limitation of ¥ _____ and/or no. of visits _____
 My plan requires pre-approval of sessions or it will not reimburse.
 I agree to pay full fee if my plan does not pay TELL Counseling.
 My plan is an EAP and provides brief treatment. If I need more lengthy therapy, I understand that I may be self-referred or have to be referred out.
 Other _____

• 該当の場合、あなたやご家族が来日した日付を教えてください： _____
 • あなたが自国と考える国はどこですか？ _____ / 特に考えたことない

- 日本を含め何カ国に住んだことがありますか? _____
- 日本での在留ステータス: 母国
 第二カ国 仕事上の都合
 永住権取得者 外交上特別住居者
 その他: _____

- 該当の場合、あと何年ほど日本に滞在される予定ですか? 1年未満 1~2年
 3~5年 6年以上 未定
- 該当の場合、今後はどこに住む予定ですか?
 日本に住み続ける 母国へ帰る
 他の国に一時的に住む
 その他: _____

現在の状況

今回カウンセリングを予約された理由は何ですか?

どのようなことをカウンセリングに求めていますか?

治療歴

- 現在、または過去にメンタルヘルスサービスを受けられたことはありますか? いいえ
 はい、治療者の氏名と受けられたサービス類: _____
- 精神的な理由（行動的・感情的問題など）で入院したことがありますか? いいえ はい、入院日と滞在期間: _____
- 精神疾患の診断を受けたことがありますか? いいえ はい、診断名と初めて診断された日付: _____
- 家族の中に精神疾患の診断を受けたことがありますか? いいえ はい、その方の続柄と診断名: _____

職歴

- 最終学歴: 小学校 中学 高校
 専門学校 4年制大学
 大学院修士課程 大学院博士課程
 その他: _____
- 現在の職業: _____ として
 フルタイム パートタイム
 会社・機関名: _____
 無職 専業主婦・主夫
 学生 定年
- これまでの職歴を下記にてご記入ください:

勤め先・所在地	期間
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 特別なトレーニング、資格をお持ちでしたらご記入ください: _____

その他

- 法に触れる問題を起こしたことはありますか?
 いいえ はい、内容をご記入ください: _____
- 現在協議中あるいは裁判になっている問題がありますか? (例: 離婚、親権争いなど) いいえ
 はい。差しつかえのない範囲で内容をご記入ください: _____
- 現在障害者手帳、生活保護、その他の特別手当をお持ちか、申請中ですか? いいえ はい、内容をご記入ください: _____