**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@telljp.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。

今日の日付：      ご希望の予約日時：

ご希望のカウンセリング： 個人  カップル  家族 ご希望の場所： 東京  横浜

**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） 未成年の場合**

ご氏名:

ご本人との関係：

ご連絡先：

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、今後はどこで住む予定ですか？

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はありますか？(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：