**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 [x]  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：