**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e-mailにて、[intakesubmission@telljp.com](mailto:intakesubmission@telljp.com)宛にご返信をお願い致します。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。個人情報の保護をご希望の場合は初回セッションにこの用紙をお持ちください。その他ご質問がありましたら[clinical.assist@telljp.com](mailto:intakesubmission@telljp.com)までご連絡ください。

今日の日付：**Edit** ご希望の予約日時：週日Edit、お時間Edit

ご希望の場所：東京 横浜 遠距離 沖縄 関西

ご希望のカウンセリング：個人 カップル 遠距離 心理アセスメント

**個人情報**

ご氏名： 男女

ローマ字：**Edit**

国籍:**Edit** 生年月日: Edit

未婚 既婚 その他:**Edit**

メール:**Edit**

携帯電話番号：**Edit**

**現住所: 〒Edit-Edit**

**Edit**

**Edit**

ご自宅の電話番号: **Edit**

Fax番号：Edit

SKYPE ID: **Edit**

日本国内の緊急連絡先（必須） 未成年の場合

ご氏名: **Edit**

ご本人との関係：**Edit**

ご連絡先：**Edit**

保護者のご氏名: **Edit**

ご本人との関係：**Edit**

ご連絡先：**Edit**

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：**Edit**

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 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：**Edit**

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 \*Select \*Prime

HTH / GeoBlue Other: **Edit**   
Company EAP\*: **Edit** No Insurance

\*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**Edit**, under the policy name of **Edit**

My plan has a deductible of: ¥**Edit** I have met ¥**Edit** 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 **Edit**% of the full fee, or ¥**Edit**. My co-pay is \_\_\_\_\_% of the full fee, or ¥\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

My plan has a yearly limitation of ¥**Edit** and/or no. of visits **Edit**

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 **Edit**

* 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：**Edit**
* あなたが自国と考える国はどこですか？

**Edit** /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? **Edit**
* 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：**Edit**

* 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：**Edit**

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?

**Edit**

どのようなことをカウンセリングに求めていますか?

**Edit**

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：**Edit**
* 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：**Edit**
* 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：

**Edit**

* 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:

**Edit**

**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：**Edit**

* 現在の職業：**Edit** として

フルタイム パートタイム

会社・機関名：**Edit**

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** |
| **Edit**/**Edit** |
| **Edit**/**Edit** |
| **Edit**/**Edit** |
| **Edit**/**Edit** |
| **Edit**/**Edit** |

* 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: **Edit**

**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：**Edit**.

* 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：**Edit**

* 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：**Edit**