**受付日　　　年　　月　　日**

**相談申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | |  | | | | ご職業・ご所属など |
| 氏 | | 名 | | | |
| 生年月日　　大 昭 平  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | | | |
| 現住所　　〒　　　 —  　　　　　　　　　　電話 自宅 　　　（　　　）  　　　　　　　　　　電話 携帯　　　　 （　　　）  ※当センターよりご連絡を差し上げる必要が生じた際、ご本人以外の方がお電話にでられた場合に、ご来談事実をお伝えしてもよろしいでしょうか( 可 否 ) | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | |
| \*緊急時等にこちらのメールアドレスにセンターより一斉メールをお送りする場合がございます | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 家族構成 | | | | | | |
| 続柄 | 名前 | | 年齢 | 同居 | ご職業・ご所属など | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
| 現在または過去の心療内科等病院への通院歴  　　有　(現在・過去)　(病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　・　　　無 | | | | | | |
| これまでに受けた発達検査・心理検査等　　（例：WAIS-Ⅲ, WISC-Ⅳなど）  （検査を受けた時期：　　　　　　年　　　　月） | | | | | | |
| 相談内容　　\*必ずご記入ください | | | | | | |
| 当センターを何でお知りになりましたか | | | | | | |

東京発達・家族相談センター

Center for Family & Developmental Disorders, Tokyo