

問診票(スーパーヴィジョン用)

申し込み日: 年 月 日( )

ふりがな	性別*	年齢	生年月日		
名前	男 女	歳	年	月	日
住所	〒				
電話番号	携帯番号				
メール	出身地			都道府県	
職業*	会社員, 公務員, 自営, パート, 学生, 無職, 休職中, 主婦(夫), 心理職, 他( )				
来談経緯*	1.検索エンジン( google yahoo その他 ) 2.SNS( ブログ Facebook ツイッター その他 ) 3.セミナー 4.紹介( ) 5.その他( )				
学歴	大学	大学	卒業年	年	月卒業
	大学院	大学院	修了年	年	月修了 在学中*
	大学院	大学院	修了年	年	月修了 在学中*
資格					
所属					
スーパーヴィジョンを希望した理由やスーパーヴィジョンに期待すること					

ケース概要に取 り上げ て げ る	検討内容*	心理面接, プレイセラピー, 心理検査, 集団療法, その他
	領域*	開業領域, 医療領域, 教育領域, 福祉領域, 司法領域, 産業領域, その他
	ケースの年代*	乳幼児, 児童, 思春期, 青年期, 成人期, 老年期
	面接頻度*	週1回, 隔週, 月1回, オンデマンド

備考
----

\*は当てはまるところに○をつけてください。