

お申し込みフォーム

★L L Pファミリーサポート桜のカウンセリングご希望の方へ

基本的にお申し込みは、080-5488-4030（小松）まで、ご連絡お願い致します。お電話いただいた方には、事業詳細リーフレットを送らせて頂きます。電話予約時間内にお電話できない方や、お電話では話せないという方の場合、このフォームにご記入の上、027-320-4295 までFAX送信して下さい。こちらから後ほどカウンセリング予約状況について、FAXにてご連絡致します。

ご相談希望日・希望時間（第3希望まで）

① 月 日 時 ② 月 日 時 ③ 月 日 時

お部屋のご希望は（○で囲んで下さい）・・・①高崎ビューホテル ②高崎市内のお部屋

氏名（ふりがな）

性別・・・男性 女性

年齢 西暦 年 月 日（ 歳）

連絡先住所 群馬県

FAX番号

お仕事・・・会社員 無職 アルバイト

ご結婚・・・未婚 既婚

住居・・・家族と同居 一人暮らし 単身赴任

このカウンセリングを・・・家族に秘密 家族は知っている

どんなことでお悩みですか？該当項目にいくつでもチェックしてください

自分のこと 将来のこと

家族のこと・・・夫婦 親 嫁・婿 介護 子供 兄弟 姑・舅 身内・親戚

異性との関係・・・恋愛のこと 不倫 離婚 妊娠 浮気 結婚 別居 出産

友人のこと・・・対象を限定しない対人関係

会社のこと・・・キャリアや仕事内容のこと 会社の人間関係

不登校・・・対人恐怖 ひきこもり 性格について

食事が食べられない 食事を多量に食べてしまう 食後にもどしてしまう

眠れない 寝付きが悪い 夜中に目が覚める 怖い夢・ののしられる夢を見る

不安感 疲れている 頻繁な頭痛・胃痛・腹痛・下痢・便秘

イライラ 悲しい 怖い 無気力

緊張 パニック 過呼吸 動悸 発汗 震える 頭が真っ白になる

自傷してしまう プレッシャーがある 自信がない 劣等感

うつ病ではないか アダルトチルドレンではないか 何が問題かもわからない

気分が憂鬱だ 気分が落ち着かない やることがはかどらない

その他 今の時点で教えたくない

以前にカウンセリングを受けたことがありますか？・・・はい いいえ

現在、医療機関にかかっていますか？・・・はい いいえ

「はい」と回答された方は選択・記入して下さい。・・・総合病院 個人クリニック /

科

現在、お薬を飲んでますか？・・・はい いいえ

「はい」と回答された方は選択・記入して下さい。・・・処方箋薬 市販薬

お薬の名称