心理療法／心理検査指示箋

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

電話番号 　　　　　　FAX

担当医　　　　　　　　　　　　　※「診療情報提供書」を添付頂けますと幸甚です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| スタッフ記入 | ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 |  | 男　・　女 |
| 連絡先 |  | |
| 主訴  （相談内容） |  | |
| 医師記入 | 発行日 |  | |
| 診断名 |  | |
| 内容 | * 心理療法 * 心理検査（　WAIS　・　AQ　・CAARS） | |
| 備考 |  | |

受付チェック欄

* 受付からカウンセリングセンターへFAX
* センターから患者様へ連絡
* センターから医療機関へFAX
  + - 患者様に連絡し、予約を取りました。
    - 患者様に連絡しましたが、予約は保留になりました。
    - 患者様と連絡が繋がりませんでした。

新宿御苑前カウンセリングセンター

東京都新宿区新宿2‐1‐2　白鳥ビル4階

Tel：03－4405－6948　FAX：03－6869－8955

（月・火・水・金）10:00～20:00　（土）10:00～18:00