

## 心理的支援の実施にかかわる指示及び情報提供書

貴院に通院中の弊所利用者が継続でのカウンセリングを希望しておられます。弊所での心理的支援（カウンセリング）の実施の可否についてご判断いただき、「可」の場合は以下にご記入とご署名をお願いいたたく存じます。お手数と存じますがご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

対象者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生
対象者住所		連絡先	
以下、必要に応じてご記入をお願いします。			
指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
【主な傷病名・現在の状態】		【使用中の薬剤】	
【心理的支援にかかわる留意事項（ご希望、禁忌事項などありましたらお願いします）】			
【緊急時の連絡先・不在の場合の対処法】			
【その他特記事項等】			
上記の通り、心理的支援を指示します。			年 月 日
医療機関名 所在地 電話/FAX 医師氏名			印

広島心理教育研究所 代表 臨床心理士・公認心理師 小村緩岳 殿