

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、可の場合はご記入とご署名をお願いいたく存じます（※ご指示ない場合は不要です）。お手数と存じますがご理解とご協力の程、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	
心理面接の指示	<input type="checkbox"/> 実施可 <input type="checkbox"/> 実施不可		
「可」の場合、以下につきまして必要に応じてご記入をお願い致します。			
次回指示	<input type="checkbox"/> 要（ か月ごと） <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要に応じて		
【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