

※ 정확한 정보를 빠짐없이 기입해주세요. 불분명한 정보로 발생하는 문제에 대해 본 센터는 책임을 지지 않습니다.

인적 사항	성 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	년 월 일 (만 세)
	소 속	_____대학(단과) _____학과(전공) ____학년 학번(A012345)_____				
	연락처	핸드폰_____ 집_____ 이메일_____				
	주 소					

대학 및 생활	입학경위	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 편입 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		종 교	
	재수여부		휴학여부	가입동아리	
	병 역	<input type="checkbox"/> 필 <input type="checkbox"/> 미필 <input type="checkbox"/> 면제	거주형태	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기숙사 <input type="checkbox"/> 자취 <input type="checkbox"/> 기타(_____)	

상담 신청	<p>1. 상담을 신청하게 된 동기는 무엇입니까? <input type="checkbox"/>자진 <input type="checkbox"/>친구, 선후배 권유 <input type="checkbox"/>교수 권유 <input type="checkbox"/>안내문, 홈페이지 <input type="checkbox"/>기타(_____)</p>												
	<p>2. 다음 중 어느 부분에 대하여 상담 받기를 원하십니까?(다중선택 시 우선순위 기재 필요)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>학교생활 적응</td> <td><input type="checkbox"/>정서적 문제 : 우울, 불안, 공포 등</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>학업 및 진로</td> <td><input type="checkbox"/>성격 및 적응</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>대인관계</td> <td><input type="checkbox"/>행동 및 습관 : 불면, 주의집중 곤란 등</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>가족관계</td> <td><input type="checkbox"/>이성관계 및 성 관련</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>자살사고 및 행동</td> <td><input type="checkbox"/>자해행동</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>기타(_____)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 학교생활 적응	<input type="checkbox"/> 정서적 문제 : 우울, 불안, 공포 등	<input type="checkbox"/> 학업 및 진로	<input type="checkbox"/> 성격 및 적응	<input type="checkbox"/> 대인관계	<input type="checkbox"/> 행동 및 습관 : 불면, 주의집중 곤란 등	<input type="checkbox"/> 가족관계	<input type="checkbox"/> 이성관계 및 성 관련	<input type="checkbox"/> 자살사고 및 행동	<input type="checkbox"/> 자해행동	<input type="checkbox"/> 기타(_____)	
	<input type="checkbox"/> 학교생활 적응	<input type="checkbox"/> 정서적 문제 : 우울, 불안, 공포 등											
	<input type="checkbox"/> 학업 및 진로	<input type="checkbox"/> 성격 및 적응											
<input type="checkbox"/> 대인관계	<input type="checkbox"/> 행동 및 습관 : 불면, 주의집중 곤란 등												
<input type="checkbox"/> 가족관계	<input type="checkbox"/> 이성관계 및 성 관련												
<input type="checkbox"/> 자살사고 및 행동	<input type="checkbox"/> 자해행동												
<input type="checkbox"/> 기타(_____)													
<p>3. 겪고있는 어려움이나, 심리적 증상에 대해서 구체적으로 기술해 주십시오.</p>													
<p>4. 상담을 통해 도움 받고 싶은 점을 구체적으로 기술해 주십시오.</p>													

상담
신청

5. 이전에 상담 또는 심리치료를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

받은 적이 있다면, 언제(일시, 기간 등)_____

어디서(상담자 또는 기관명)_____

왜(어떤 문제로)_____

6. 이전에 심리검사를 받은 적이 있습니까? 예 아니오

받은 적이 있다면, 언제(일시)_____ 어떤 검사(검사명)_____

어디서(상담자 또는 기관명)_____

왜(어떤 문제로)_____

7. 가족사항을 적어주십시오.

관계	연령	학력	직업	친밀도(낮음 1-2-3-4-5 높음)

8. 상담이 가능한 시간을 모두 표시해 주십시오.

※ 가능한 시간이 많을수록 상담사 배정이 빠르게 이루어집니다(평균 약 4~5주 소요)

※ 예약 날 당일 변경 혹은 당일 취소가 발생할 경우 검사 및 상담이 취소될 수 있으니 유의해주세요.

※ 일정 예약을 위해 연락하였음에도 2주 이상 부재중이거나 전화 회신이 별도로 없는 경우 신청은 취소되며 위 사유들로 인해 검사, 상담이 취소될 경우 재신청 이후 가능합니다.

	월	화	수	목	금	비고
10~11시						
11~12시						
12~1시	점심시간 (운영x)					
1 ~ 2 시						
2 ~ 3 시						
3 ~ 4 시						
4 ~ 5 시						