心理咨询登记表

**编号： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  |
| 民 族 |  | 家庭所在地 |  | 联系电话 |  |
| 院 系 |  | 年 级 |  | 学 号 |  |
| 预约时间 |  |
| 本次预约方式 | □自行前来 □同学建议 □学院老师建议 □父母建议 □其他（ ） |
| 求助主题 | □自我探索 □人际关系 □学业问题 □恋爱情感 □亲子家庭□生涯发展 □情绪困扰 □性别认同 □适应问题 □强迫行为□突发危机 □身心健康 □其他（ ） |
| 父亲年龄： 职业： 学历：  | 母亲年龄： 职业： 学历：  |
| 家庭结构 | □完整 □单亲 □重组 □孤儿 |
| 家庭氛围 | □融洽 □亲密 □疏离 □冲突 |
| 家庭经济状况 | □富裕 □较好 □一般 □贫困 |
| 是否独生子女 | □是 □否（兄 人、弟 人、姐 人、妹 人） |
| 有无寄养经历 | □无 □有（具体说明： ） |
| 近一年来学习成绩变化 | □上升 □稳定 □下降 □大幅下降 |
| 交友状况 | 知心朋友 人（概数即可） 一般朋友 □很多 □一般 □不多 |
| 个人精神类疾病史 | □无 □有（机构： 诊断： 服药情况： ） |
| 是否曾有自伤或自杀 | □无 □自伤或自杀想法 □自伤行为 □自杀行为 |
| 家族精神类疾病史 | □无 □有（关系： 诊断： ） |
| 过往重大负性生活事件 | □亲友生病 □亲友亡故 □家人失业 □校园欺凌 □父母分居□父母离异 □学业遇挫 □受到学校处分 □失恋 □生病 □其他（ ） |
| 既往咨询经历 | □无 □有（次数 ）最近 1 次时间： 地点： 咨询师（本校的填写）： ） |
| 你来咨询的原因或其他你希望咨询师了解你的信息： |

**心理咨询来访者同意书**

我知道心理健康教育指导中心是为全校学生提供心理咨询，心理训练，心理健康教育的服务机构，旨在帮助我自我成长，人格完善。

我知道我有下述的权利与义务:

1.心理中心对我提供的心理咨询服务，不收取任何费用。

2.心理咨询师需对我咨询的内容保密，在征得我同意时才会告知相关人士。但下列特殊情况例外:(1)我有伤害自身或他人生命的危险时;(2)我需要被转介就医时;(3)法律规定心理咨询师有通报责任时。

3.心理咨询师为了更有效地协助我解决问题，或为接受专业督导或教学与科研的需要，可能要求录音(像)。但在录音(像)之前，必须先征求我的意见，我有同意或拒绝的权利(如同意本则条文，则应在签署姓名时同时签署“同意”意见)。

4.心理咨询每周会谈一次，每次约50分钟。若有特殊情况经中心同意可增加咨询次数。若我因故不能按时咨询，我必须提前12小时告知中心改期或取消。

5.我有权寻求其他咨询师的意见或更换心理咨询师，但需要中心同意。原则上一段时间内，我只能与一位心理咨询师咨询。若想寻求中心其他心理咨询师的协助，我应先结束与当前心理咨询师的咨询关系。

6.我知道只进行一次的心理咨询难以解决所有的问题，可能需要一段时间的连续咨询，但是，若我或心理咨询师任何一方发现咨询关系变化或者不匹配时都有权利提出转介或终止咨询关系。

7.我在两次咨询的间隔期，如遇到紧急情况，我可拨打心理中心的电话:2322058、2322580(周一至周五8:30-11:30、13:30-170(冬季)14:0073(夏季))。

8.我已认真阅读同意书的上述相关内容，我决定同意接受心理中心安排的咨询服务。

来访者签名：

年 月 日