

ウィリアム・アランソン・ホワイト精神分析研究所の日本語心理療法サービスへの申し込みに際して、申込書へのご記入にお時間をいただき、誠にありがとうございます。ご記入いただいた申込書につきましては、一週間以内に手続きを進めさせていただきます。

本研究所のクリニックでのセラピーは予約制で、緊急時の対応はできかねますので、あらかじめご了承ください。もしも、緊急の対応を要する場合は、あなたの居住地近くの病院にある緊急支援センターにご連絡されることをお勧めします。

さて、心理療法を始めることはひとつの大きなステップであるため、私たちはできるだけ安らぎを感じていただけるような形で、そのプロセスを進めて行ければと願っております。しかしながら、私たちのクリニックにはいくらか限界もございますので、あなたがここでセラピーを受けるかどうかを決めていただく上で、その限界をご承知おきいただくことは大変重要なことであると考えます。

セラピーの料金には、経済的に困窮している方たちを手助けするような工夫が施されており、あなたの保険からは支払われない料金については、その一部を補うためのスライディング・スケールという規定があります。あいにく、低所得者医療扶助制度(Medicaid)や高齢者医療保険制度(Medicare)、あるいは管理医療(Managed Care)といった保険のプランは利用できません(ただし、Medicare や Managed Care を受け入れてくれる、本研究所での訓練を修了したセラピストをご紹介することは可能です)。また本研究所では、申し込みをしていただいた方全員が相談に応じることはできかねます。待ち時間が長くなる場合がございますので、もしもあなたに担当者をつけることができない場合、その他の専門機関をご紹介いたします。

いったんあなたの初回面接の予定が組まれた後に、もしもあなたがセラピーをキャンセルする必要が生じた場合は、できるだけ早くご連絡ください。また、セラピーの申し込みについて、もしもご質問がございましたら、遠慮なく「日本語心理療法サービス専用電話」(929)223-6710にお電話下さい。電話のつながりやすい時間帯は、平日の午前 10 時から午後 5 時 30 分です。なお、本研究所のクリニックは、土日、祝日、8 月の最後の二週間はお休みとなっておりますので、その旨ご承知おきください。

※今後クリニックに問い合わせをなさるときのために、本用紙は保存しておいていただきますようお願い致します。

The William Alanson White Institute
Japanese Psychotherapy Service
20 West 74th Street
New York, New York 10023

Cynthia Field, Ph.D.
Director, Clinical Services

辻河昌登
Masato Tsujikawa, Ph.D
Candidate

日付： _____ 氏名： _____

以下のどちらのサービスをご希望なさるかをお確かめ下さい。なにかご質問がございましたら、「日本語心理療法サービス専用電話」(929)223-6710にお電話下さい。

心理療法サービス

個人心理療法は、週 1～2 回、40 週を上限とし、あなたの経済状況に応じて、45 ドルから 150 ドルの間の支払い可能な料金で受けることができます。面接時間は朝 8 時から夜 9 時の間です。もしも当クリニックの最低料金を支払う余裕がない場合、あなたの予算について検討したいと思いますので、申込用紙に記入する前に、お電話下さい。

精神分析療法サービス

週 3 回以上、少なくとも 2 年の間、集中的に取り組みたい方に提供される、低料金による心理療法です。料金はセラピーに来られる方の資金に応じて調整がなされますが、最初は 1 回 10 ドルからとなります。

専門的サービス

以下のような、さまざまなこころの悩みや症状を抱えている方々のセラピーを行なっています。

強い不安感や抑うつ感、生きづらさ、異文化への適応の問題、対人関係、家庭・職場・学校での問題、性別の違和感、摂食障害、虐待など

心理療法を始める前に、医学的な合併症の存在を除外するための健康診断を終えていることが必要不可欠です。あなたがもっとも最近に受けた健康診断の日付と結果をお教え下さい。

医師名： _____ 健康診断を受けた日： _____

結果： _____

日本語心理療法サービス申込書

申し込み日： _____

氏名（漢字）： _____（英語 _____）

自宅住所： _____

Street City State Zip Code

郵便物送付先住所： _____

Street City State Zip Code

電子メールアドレス： _____

電話番号：（自宅） _____（勤務先） _____

連絡の必要が生じた場合、上記の番号に電話をしてもよろしいですか？

（自宅） はい いいえ （勤務先） はい いいえ

緊急連絡先：電話番号： _____

氏名（漢字）： _____（英語 _____）

紹介者（個人、行政機関、病院）

氏名（漢字）： _____（英語 _____）

住所： _____

Street City State Zip Code

車椅子による移動が必要ですか？ はい いいえ

午前9時から午後5時までの間に予約時間を設定することが可能ですか？

いいえ はい

「いいえ」の場合、次のどちらの時間帯なら可能ですか？ 午前9時以前 午後5時以降

1 生年月日： 西暦 年 月 日

2 年齢： 歳

3 性別： 男性 女性

4 あなたは自身の性的指向をどのように同定しますか？

異性愛 両性愛 同性愛

その他（具体的にお書き下さい）： _____

5 渡米前に在住の都道府県： _____ 都・道・府・県 _____ 市・郡・区

6 最終学歴：

大学院修了（修士・博士前期・博士後期） 四年制大学卒業

短期大学卒業 専門学校卒業 高等学校卒業 中学校卒業

7 現在、学校に通っていますか？ はい（全日制・定時制） いいえ

（「はい」の場合、学校名と専攻科目を具体的にお書き下さい）：

8 現在、仕事をしていますか？ はい（フルタイム・パート・その他）

（雇用主： _____ 部署： _____）

いいえ

（「いいえ」の場合、ボランティア活動をしていますか？ している していない）

9 婚姻状況： 独身 既婚 別居 離婚 その他 _____

10 配偶者、パートナー、親、きょうだい、子ども、ルームメイトなどを含めて、現在、何名で一緒に暮らしていますか？

自分との関係 _____ 年齢 _____ 自分との関係 _____ 年齢 _____

自分との関係 _____ 年齢 _____ 自分との関係 _____ 年齢 _____

自分との関係 _____ 年齢 _____ 自分との関係 _____ 年齢 _____

11 家族との関係はいかがですか？（一つだけチェックを入れて下さい）

- かなり精神的なサポートをし合っている
- ときおり衝突することもあるが、ほどよい精神的なサポートをし合っている
- 頻繁に衝突を起こし、決して十分な精神的サポートをし合っているとは言えない
- 精神的なサポートをし合っていない
- 家族とのかかわり合いはない

12 友達との関係はいかがですか？（一つだけチェックを入れて下さい）

- かなり精神的なサポートをし合っている
- ときおり衝突することもあるが、ほどよい精神的なサポートをし合っている
- 頻繁に衝突を起こし、決して十分な精神的サポートをし合っているとは言えない
- 精神的なサポートをし合っていない
- 友達とのかかわり合いはない

13 あなたの親やきょうだいなどに、医学的ないし精神的な問題を抱える肉親がおられましたら、そのことを可能な範囲でお書き下さい。

14 あなたが心理療法を受けたいと思う理由をすべてチェックして下さい。

- 不安 肉親との死別 自己イメージや生きる目標などについての混乱
- 職場・家庭・学校などでの行動力の減退 抑うつ 自身の健康状態
- 自分が世話をしている人の健康状態 記憶の問題 対人関係の問題 将来設計
- 虐待に関する不安（性的・身体的・精神的なことなど、具体的にお書き下さい）

トラウマ後の状態（具体的にお書き下さい）

拒食・過食・暴食（具体的にお書き下さい）

□薬物の使用や乱用に関する不安 自分 他者 過去 現在

□その他（具体的にお書き下さい） _____

15 以前に心理療法を受けていたことがありますか？

いいえ はい

16 心理療法を受けていたことがある場合、最近受けていたのはいつ頃ですか？

過去半年以内 半年から1年以内 1~2年以内 2年以上前

17 心理療法を受けていたことがある場合、治療を中止した理由は何ですか？

18 心理療法を受けたなかで、もっとも長く続けた心理療法はどのくらいですか？

1年未満 1年と少しの間 2年と少しの間 4年以上

19 あなたが最近セラピーを受けたセラピストについてお書き下さい（あなたの同意なくそのセラピストに連絡を取ることはありません。）

氏名：（漢字） _____ （英語 _____ ）

住所： _____

Street City State Zip Code

電話番号： _____

氏名：（漢字） _____ （英語 _____ ）

住所： _____

Street City State Zip Code

電話番号： _____

20 現在、何かお薬を服用していますか？ いいえ はい

21 お薬を服用している場合、具体的にお書き下さい。

<u>薬品名</u>	<u>服用量</u>	<u>薬品名</u>	<u>服用量</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

22 今までに精神的な問題で入院したことがありますか？

いいえ はい（入院の回数を具体的にお書き下さい）： _____回

23 入院したことがある場合、最近の精神科への入院はいつ頃でしたか？

過去半年以内 半年から1年以内 1～2年以内 2年以上前

24 自殺をしようと思ったことがありますか？

ない ときどきある よくある

25 自殺を試みたことがありますか？

いいえ はい（試みた回数を具体的にお書き下さい）： _____回

26 自殺を試みたことがある場合、最近試みたのはいつでしたか？

過去半年以内 半年から1年以内 1～2年以内 2年以上前

27 医師に処方箋をもらわないでも買える薬を、最近服用したことがありますか？

はい いいえ

28 医師に処方箋をもらわないでも買える薬を、この一年以内に服用したことがありますか？

はい いいえ

44 外科手術が必要な医学的問題がありますか？また、重大事故を体験したことがありますか？

いいえ はい

<u>外科手術・事故</u>	<u>発現年齢</u>	<u>外科手術・事故</u>	<u>発現年齢</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

45 今までに逮捕されたことがありますか？ いいえ はい

「はい」の場合、それについて説明して下さい。

46 武器を所有していますか？ いいえ はい

「はい」の場合、それについて説明して下さい。

47 世間一般的に考えて、あなたの怒りをコントロールする能力を表現するとすれば、それをどのように表現できますか？

- とてもいい
- まずまず（心配になることもある）
- 十分ではない（物を投げつけたり、壊したりすることがある）
- 問題がある（人を殴ったことがある）

それについて説明して下さい。

48 あなたが通常の自分ではなく、以下のような状態にあった時期が、今までにありましたか？

他者があなたのことを興奮しすぎていると思ったり、実際にあなたが興奮しすぎて問題を起こしたりした。

はい いいえ

イライラしすぎて他者に怒鳴ったり、あるいは喧嘩や口論を仕掛けたりした。

はい いいえ

通常よりも睡眠時間が少ないのに、眠る必要がなかった。

はい いいえ

思考が頭の中を駆け巡った、あるいは思考のスピードを緩めることができなかった。

はい いいえ

物事への注意が逸れやすく、今やるべきことに集中することが困難だった。

はい いいえ

通常の行動以外のことをしたり、あなたの行動が度を越している、馬鹿げている、あるいは危険であると、他者が思ったりするようなことをした。

はい いいえ

あなたやあなたの家族をトラブルに巻き込むようなお金の使い方をした。

はい いいえ

49 現在の生活上の困難、そしてそれがどのぐらいの期間存在しているのか、このたび面接を求めてきた理由などについて、詳しく述べて下さい。必要なだけたくさんスペースを使っただいて結構です。スペースが足りない場合は、裏側にもお書き下さい。

収入とその他の資金

私たちはあなたの一週間のセラピーに関する料金を、次のような基本原則に基づいて設定します。

- 1) 保険の補償範囲、2) 家族からの経済的援助、3) 週給

保険会社に電話をして、「out-of-network（ネットワーク外の提供者）」での「outpatient psychotherapy（外来での心理療法）」の補償範囲を調べるように依頼して下さい。そして、あなたがクリニックに支払う料金の検討材料とするために、次の項目にご記入下さい。

正味の収入（週給）：\$ _____

パートナーあるいは配偶者の正味の収入（週給）：\$ _____

その他の収入：\$ _____ 預貯金：\$ _____

毎月の家賃：（家賃を共有しているなら、あなたの負担分をお書き下さい）\$ _____

あなたに経済的に依存している人たちとの関係とその人たちの年齢をお書き下さい。

関係：_____ 年齢：_____ 関係：_____ 年齢：_____

関係：_____ 年齢：_____ 関係：_____ 年齢：_____

関係：_____ 年齢：_____ 関係：_____ 年齢：_____

あなたの抱える、普通ではないほどの負債、支出、経済的責務の種類と金額をお書き下さい。

心理療法のために、一週間にどの程度の経済的サポートを家族から得ることができますか？
\$ _____

心理療法に対して、一週間にどの程度の額を現金払いすることができますか？ \$ _____

次のいずれかの特典を有していますか？：（あてはまるものにチェックを入れて下さい）

個人払いの健康保険（Privately paid health insurance）

- あなたの会社を通して支払われた健康保険
(Health insurance paid through your employment)
- 高齢者医療保険制度(Medicare)
- 障害年金(SSD : Social Security Disability)
- 生活保護(SSI : Supplemental Security Income)
- 失業手当(Unemployment)
- 退役軍人庁からの給付金(V. A. Benefits : Veterans Administration Benefits)
- その他 _____

あなたが健康保険を有しているなら、以下についてお書き下さい。

プランの名称 : _____

保険会社の電話番号 : _____

保険は雇用によるものですか？ いいえ はい

あなたの保険は、ネットワーク内の提供者(in-network providers)による治療のみを補償する
ものですか？

いいえ はい

「いいえ」の場合、ネットワーク外(out-of-network)の特典に関する、次の質問に答えて下さい。

控除免責金額(Deductible) \$ _____

保険によって補償される年間の精神保健料の最高限度額 : \$ _____
(Maximum dollar limit of mental health per year covered by insurance)

1セッションあたりの最高料金、あるいは保険によって補償される料金の割合 :
(Maximum fee per session or % of fee covered by insurance) \$ _____

保険によって補償される年間の最高セッション数 : _____回
(Maximum number of sessions per year covered by insurance)