



WILLIAM ALANSON WHITE
I · N · S · T · I · T · U · T · E
of Psychiatry, Psychoanalysis & Psychology

感谢您腾出宝贵时间来填写威廉·阿兰森·怀特学院心理咨询申请表格。我们会以最快的速度来为您匹配咨询师。请注意我们大约需要一周时间来处理你的申请。我们只能提供预约咨询，无法提供紧急危机干预。如果您需要紧急的咨询，我们建议您联系附近的医院急诊室。

我们明白，开始心理咨询是迈出了非常大的一步，我们希望给您提供最舒适的体验。我们诊所有一些限制，但是，知道这些能更好帮助您做出要不要在我们这进行咨询的选择。我们的费用是可调节的，对一些有经济困难的人我们可以按收入情况提供低价咨询。我们对您保险无法支付的诊费也可以做适当调整。很可惜，我们不接受白卡（Medicaid），红蓝卡（Medicare） or managed care plans（我们有一些毕业生接受 Medicare 和 managed care）。因为我们的设施有限，我们没办法接纳所有的申请者，有一些时候要等待咨询师的时间对您来说可能太长。如果我们没办法给你分配到诊所的咨询师，我们会给你其他的转介信息。请您知道，我们没办法找到一个合适你的咨询师并不是代表您不会在咨询中得到帮助。

当你约好你的第一次会面，如果您想取消，我们期待您能今早告诉我们。如果有什么问题，请给我们打电话，我们电话是(212) 873-7070。打电话最佳时间是周一到周五早上 10 点到下午 5:30。请注意我们的诊所周末，节假日和八月有两周会关门。

您可以留着这封信以备日后查用。

祝好

Cynthia Field, Ph.D.

Director, Clinical Services

日期： _____

名字： _____

请在您感兴趣的服务的打钩。如果您对我们诊所的服务有任何问题，欢迎拨打
(212) 873-7070。

心理咨询服务：

个人心理咨询，一周一次或者两次， 费用在 40 周是低价咨询，从\$50.00 到 \$150.00/次不等。咨询可预约时间从早上 8 点到晚上 9 点，费用可以按收入情况提供低价咨询。40 周之后，您可以和您的咨询师讨论决定是否在他（她）的私人诊所继续。如果您没办法支付我们的最低费用，请在填写申请表前打电话给诊所讨论一下你的预算。

精神分析服务：

我们为想寻求高频咨询（一周三次或者以上）的来访者提供低价分析服务。来访者可以在诊所或者分析师的私人诊所来接受分析。费用按来访者收入水平商定，最低价位为\$15.00/次。

在开始咨询前我们要求您要有一次全面的身体检查来排除一些医疗并发症。
请让我们知道您最近一次体检的时间和结果。

医生： _____

体检日期： _____

体检结果： _____

中文咨询申请表

申请日期: _____

姓氏: _____ 名字: _____ 英文名: _____

家庭住址: _____
街道 城市 州 邮编

邮寄地址: _____
街道 城市 州 邮编

电子邮箱: _____

家庭电话: _____
可以拨打此电话

手机: _____
可以拨打此电话

工作电话: _____
可以拨打此电话

紧急联系人

名字: _____

与您的关系: _____

电话: _____

转介者 (个人, 机构, 医院)

名字: _____

电话: _____

地址: _____
街道 城市 州 邮编

我需要走轮椅通道

您能够参加早上 9 点到下午 5 点之间的预约吗? 可以 不行

如果不行，哪个时候对您来说更方便呢？ 早上 9 点前 下午 5 点后

1. 出生日期：_____ 2. 上次生日年龄：_____

3. 性别： 男 女 其他（请填写）_____

4. 您的性取向是？

异性恋 双性恋 同性恋 其他（请填写）_____

5. 来美国前，您在那里生活呢？

_____省_____市（区）

6. 您最高的学历：

博士 研究生 本科/大专 高中/中专 初中

7. 您现在在上学吗？（如果是的话，请填写学校和专业）：_____

全职 业余制 不是学生

8. 您现在在工作吗？（如果是，请填写工作单位）_____

全职工作 兼职工作 志愿者工作 没有工作

其他（请填写）_____

9. 婚姻状况：

单身 结婚 分居 离婚 其他（请填写）_____

10. 现在有谁和您一起居住呢？ 请包括配偶，伴侣，父母，兄弟姐妹，孩子和舍友。

年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____

11. 我和家人之间的关系（请选择一项）：

- 他们给我提供非常多的精神支持
- 他们给我一定的精神支持，但偶尔也有矛盾
- 他们给我精神支持，但不大够，冲突比较多
- 他们不给我提供精神支持
- 我和家人没有联系

12.我和朋友之间的关系（请选择一项）

- 他们给我提供非常多的精神支持
- 他们给我一定的精神支持，但偶尔也有矛盾
- 他们给我精神支持，但不大够，冲突比较多
- 他们不给我提供精神支持
- 我没有朋友

13.请简述一下您父母及兄弟姐妹有的健康及精神情绪问题。

14.请选择下列符合您寻求咨询的原因:

焦虑 丧失 身份认同 学习工作表现变差 抑郁

自我健康状况 我关心的人的健康状况 记忆力问题

人际沟通与关系 未来计划

虐待 (请填写身体虐待、情绪虐待) _____

创伤 (请填写) _____

进食障碍 (厌食, 催吐, 暴食等等, 请填写) _____

(物质) 成瘾问题 (请填写) _____

自己 () 他人 () 过去 () 现在 ()

其他 (请填写) _____

15. 您以前有参加过心理咨询吗?

没有 有, 参加过 1 次。 有, 参加过 2-4 次 参加过 5 次以上

15b. 如果有, 您和多少位心理治疗师工作过呢? _____

16. 如果有, 您最近一次看心理治疗师是什么时候呢?

六个月以内 6-12 个月前 12-24 个月前 2 年前

17. 为什么停止治疗呢?

18. 您进行咨询的最长时间是？

短于一年 一年以上 两年以上 四年以上

19. 请填写您最近看过的治疗师（我们在没得到您同意前不会与他们联系）。

名字：_____ 电话：_____

地址：_____ 街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

名字：_____ 电话：_____

地址：_____ 街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

20. 您现在有服用药物吗？ 有 没有

21. 如果有，请填写您服用的药物以及用量：

22. 您有因为精神或者情绪问题住过院吗？

没有 有（请填写住院的次数）_____

23. 如果有的话，您最近一次因为精神问题入院是什么时候呢？

6个月以内 6-12个月以前 12-24个月以前 2年前

24. 您有过自杀的想法吗？

从来没有 有时候会有 经常有

25. 您有过尝试自杀吗?

没有 有 (请填写尝试自杀次数) _____

26. 如果有, 您最近一次自杀尝试是什么时候呢?

6 个月以内 6-12 个月以前 12-24 个月以前 2 年前

27. 您目前有服用任何非处方药吗? 有 没有

28. 您有在过去一年间用过任何非处方药吗? 有 没有

29. 如果 27 和 28 您填有, 请填写药物名称和使用频率

30. 您有喝酒吗? 有 没有

31. 如果有, 请填写:

数量 (杯、瓶): _____ 每星期频率 (次): _____

32. 您认为您有究竟或药物成瘾问题吗?

没有 有 不确定

33. 您曾经有接受过酒精或药物的成瘾治疗吗?

没有 有 (请填写您参加过的治疗及时间) _____

34. 您现在有抽烟吗? 没有 有 (请填写数量, 包/天) _____

35. 您会暴饮暴食, 进食后呕吐或服用泻药吗?

没有 有 (请填写是哪一种和频率) _____

36. 您现在在参加 12-step program (通过一套规定指导原则的行为课程来挽回 (治疗) 上瘾, 强迫症, 和其他行为习惯问题的项目) 吗? (比如 AA, NA, OA, SA, SIA)

没有 有 (请填写您参加的项目) _____

37. 您以前有参加过 12-step program (通过一套规定指导原则的行为课程来挽回 (治疗) 上瘾, 强迫症, 和其他行为习惯问题的项目) 吗? (比如 AA, NA, OA, SA, SIA)

没有 有 (请填写您曾参加的项目) _____

38. 您对您上个月的生活有多满意呢? 想想你的生活的不同方面, 比如工作, 健康状况, 家庭情况, 你的休闲时间, 请圈出最符合您的数字。

非常满意, 生活没有比这更好了 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 完全不满意, 生活没有比这更糟了

39. 请圈出代表您感觉到的压力的数字

没有压力 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 压力很大

40. 我对未来充满希望和热情。

对 不对 两者皆有

41. 您认为您现在的身体健康情况如何?

极好 非常好 好 一般 不好

42. 您认为您一直以来身体情况如何?

极好 非常好 好 一般 不好

43. 您现在或过去有残疾或者严重的疾病吗？ 没有 有

残疾及疾病

发病年龄

残疾及疾病

发病年龄

44. 您有做过任何手术或者有出国什么严重的事故吗？ 没有 有

手术或者事故

发生年龄

手术或者事故

发生年龄

45. 您是否因曾经有因犯法或犯罪行为被捕？

不是 是（如果是，请填写）_____

46. 您有没有持有武器？

没有 有（如果有，请填写）_____

47. 总体来说，您认为您控制愤怒的能力如何？

非常好

还好（偶尔会担心）

不大好（会摔东西）

有问题（曾经打过人）

请解释

48. 您会有一段时间...

发现您不像平时的自己，自我感觉非常好甚至亢奋，身边的人会觉得您异常，或者这感觉会让您陷入困境吗？ 是 否

您非常烦躁，会对其他人大喊或者主动引起争吵？ 是 否

您睡的比平常少但您却觉得很异常精神？ 是 否

有很多想法在脑袋里翻涌着，没有办法能够静下来？ 是 否

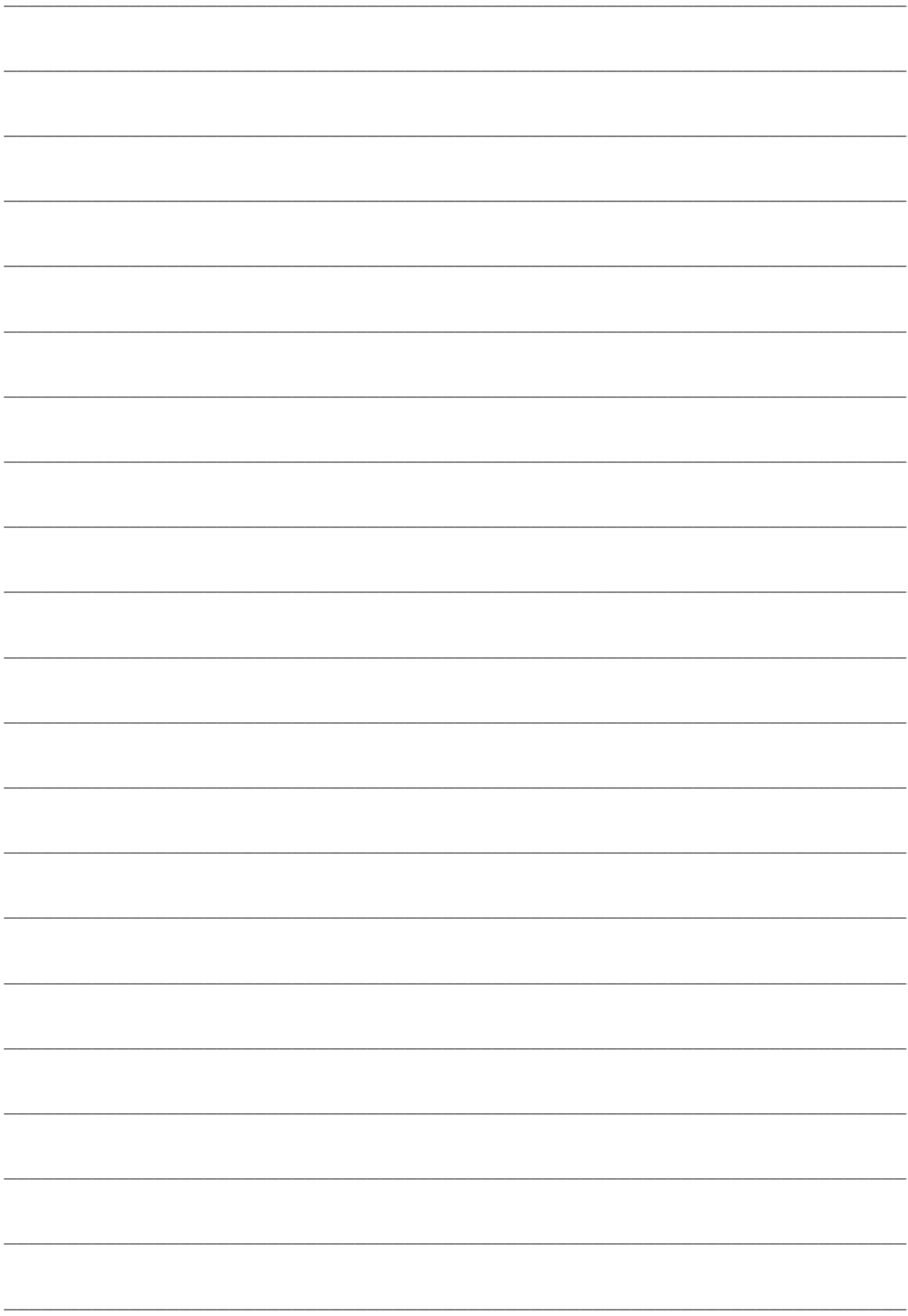
您很容易受身边影响，无法集中注意力做好自己要做的的事情？ 是 否

您做了一些不寻常的事，或者您身边人认为您做了过分的，愚蠢的或者危险的事？

是 否

您过度花钱让您和家人陷入麻烦？ 是 否

49. 请详细叙述您现在遇到的困难，它们出现多久了，为什么选择现在来寻求治疗呢？您想写多长都可以，如果位置不够，可以另附一张纸。



收入及其他资源

我们的咨询费用收取基于：1) 您的保险；2) 您从家人中得到的经济帮助；和3) 您的每周收入。请打电话给您的保险公司询问一下关于“outpatient psychotherapy(门诊咨询)”的计划看看他们有没有包括网络外医疗护理提供者(Out-of-Network)产生的医疗费用。为了更好帮助您定下我们诊所的费用，请填写下面：

净收入（每周）\$ _____

您的配偶/伴侣的净收入（每周）\$ _____

其他收入：\$ _____ 存款：\$ _____

每月房租（如果您和其它人合租，请填写您支付的数额）：\$ _____

请列出经济上依赖您的人及他们与您的关系。

年龄：_____ 关系：_____ 年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____ 年龄：_____ 关系：_____

年龄：_____ 关系：_____ 年龄：_____ 关系：_____

请列出您的债务，一些必要的花销，以及一些义务财物的种类及大约金额。

您的家人会为您出多少钱来参加治疗呢？ _____

您参加咨询的自付最高金额是多少呢？ _____

您有以下保险吗？

私人支付的健康保险 工作获得的健康保险 红蓝卡 (Medicare)

军人福利金(V.A. Benefit) 社会福利残疾保险金 (SSD)

社会安全生活补助金 (SSI) 失业保险 (Unemployment)

如果您有健康保险： 保险名称： _____ 电话： _____

您是通过工作单获得的保险吗？ 是 否

您的保险只包含网络内医疗护理提供者 (in-Network) 吗？ 是 否

如果上个问题是否，请回答下面有关网络外医疗护理提供者 (Out-of-Network) 的问题：

保险扣除条款 (Deductible) : \$ _____

一年内保险最多包含的咨询数量： _____

一年内保险最多在心理健康方面可支付： \$ _____

一次咨询保险最多可支付的金额或者百分比 (%) \$ _____

同意书

我，_____同意和威廉·阿兰森·怀特学院的候选人，博士后学生，或精神科住院医师进行心理咨询/精神分析。我理解学院是秉着教育目的，所有的咨询师都需要与学院批准的心理专业人士接受督导以及培训。我还理解这些教育需要上报临床的相关信息，我允许我的资料在能保证保密的前提下给予批准披露。

来访者签名_____ 日期_____

咨询师签名_____ 日期_____

我在此将我的医疗信息披露授权给：

威廉·阿兰森·怀特学院

THE WILLIAM ALANSON WHITE INSTITUTE

20 West 74th Street

New York, NY 10023

我明白我的信息是保密且在披露过程中是受到保护的。我有权利在任何时间取消此授权。如果我没有在一年内续签这份同意书，我的批准授权也会将在我签名的一年后失效。

这些被披露的信息包含我的身体健康问题及其严重程度，它们会被上述学院使用来评估我的需求及计划我的治疗。

作证人：_____

来访者签名：_____ 日期：_____

来访者名字（请用正楷书写）：_____

