

オンラインヒプノセラピー 初回ヒアリングシート

(インタビューフォーム)

ご記入いただいた内容は、安全で効果的なセッションを行うためのみ使用し、第三者には開示いたしません。記入できない項目があれば空欄のままで構いません。PDF上で直接ご入力いただけます。

1. 基本情報

お名前

ふりがな

生年月日

年齢

性別

ご住所 / お住まいの地域

電話番号

メールアドレス

ご職業

当サロンを知ったきっかけ：

☐ 検索(Google等) ☐ SNS ☐ 知人の紹介 ☐ その他

2. セッションについて

ヒプノセラピーは初めてですか？

☐ はい、初めて ☐ いいえ、経験あり

経験がある方：いつ頃・どのような内容か

ご希望の受講方法：

☐ Zoom ☐ Google Meet

ご希望日時(第1希望)

ご希望日時(第2希望)

3. ご相談内容

今回のセッションで取り組みたいこと・お悩みについて、できるだけ具体的にご記入ください。

その状態はいつ頃から続いていますか

セッションを通じてどのような変化・ゴールを望んでいますか？

4. 心身の状態についての確認（安全にセッションを行うために）

現在、心療内科・精神科等に通院していますか？

☐ いいえ ☐ はい

通院中の方：病名・治療内容(分かる範囲で)

現在、お薬を服用していますか？

☐ いいえ ☐ はい

服用中の方：薬の名前・用途(分かる範囲で)

以下に該当するものはありますか？

☐ てんかん ☐ 統合失調症 ☐ 重度のうつ症状 ☐ 解離性障害 ☐ 妊娠中 ☐ 該当なし

過去にカウンセリングや心理療法を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい

5. 緊急連絡先（任意）

お名前(ご本人との関係)

電話番号

6. 同意事項

- ☐ ヒプノセラピーは医療行為および心理療法の代替ではないことを理解しています。
- ☐ 既往症(持病)がある場合は、事前に医師の許可を得た上で受講することに同意します。
- ☐ セッション中に得られた個人情報は、施術者が適切に管理し、ご本人の同意なく第三者に開示しないことを理解しています。
- ☐ オンラインでの通信状況により、セッションが中断する可能性があることを理解しています。
- ☐ キャンセルポリシー(セッション24時間前までのご連絡をお願いします)に同意します。

ご署名

ご記入日

ご記入ありがとうございました。内容を確認の上、改めてセッション日程をご案内いたします。