

개인 심리상담 신청서

의뢰경로	□자의 □권유			신청일시	년 월 일
신청자 소속	학년 반	성별	남 여	신청자 이름	
	전공				
생년월일	년 월 일			연락처	
담임교사/ 학부모 권유시 사유:					

* 상담하고 싶은 분야에 ✓표 하세요.

상 담 영 역	내 용
정신건강	☐ 우울/회피 ☐ 주의산만 및 과잉행동 ☐ 충동(분노)조절문제 ☐ 자살, 자해문제 ☐ 기타
학업	☐ 시험불안/학업 스트레스 ☐ 성적부진 ☐ 학업중단 ☐ 학습동기 및 흥미부족 ☐ 시간관리 ☐ 기타
진로	☐ 진로변경 및 전환 ☐ 진로적성 탐색 ☐ 학교생활 부적응 ☐ 기타
대인관계	☐ 친구 관계 ☐ 교사와의 관계 ☐ 이성 관계 ☐ 부모 가족관계 ☐ 기타
성격	☐ 소극적/과민한성격 ☐ 완벽성향/경직된 성격 ☐ 의존적/우유부단한성격 ☐ 자기중심적/독단적 성격 ☐ 충동적/공격적 성격 ☐ 기타
생활/일탈/비행	☐ 가출 ☐ 늦은 귀가/잦은 외박 ☐ 등교 거부 ☐ 음주/흡연/약물오·남용 ☐ 기타
기타	☐ 학교폭력 ☐ 가족문제 ☐ 인터넷 과다사용·중독 ☐ 성문제/성폭력 ☐ 다문화
심리검사	☐ 지능적성검사 ☐ 성격기질검사 ☐ 정신건강검사 ☐ 기타

* 상담을 통해 이루고자 하는 상담목표가 있다면 무엇인지 구체적으로 써 주세요.

* 상담신청 계기	☐ 스스로 선택 ☐ 선생님(부모님)의 권유 ☐ 친구(선배/후배)의 권유 ☐ 기타 ()
* 이전 상담 경험	☐ 없다 ☐ 있다 ☐ 경험이 있다면, 언제: 어디서: ☐ 상담내용 :

상담신청 및 개인정보제공 동의서 (학생용)

1. 학생 정보

성명		성별	☐ 남 ☐ 여	생년월일					
학년/반	학년 반 전공			연락처					
가족사항	관계	성명	연령	친밀도		동거 여부			
				나쁨	좋음				
				1	2	3	4	5	
				1	2	3	4	5	
				1	2	3	4	5	
				1	2	3	4	5	
				1	2	3	4	5	
학교 성적		☐ 상 ☐ 중 ☐ 하							
상담 받고 싶은 영역	※ 해당 항목에 모두 ☑하세요. ☐ 학업 ☐ 진로 ☐ 성격 ☐ 대인관계 ☐ 가족관계 ☐ 일탈 및 비행 ☐ 자살·자해 ☐ 학교폭력 ☐ 인터넷 사용 ☐ 심리·정서 관련 ☐ 기타() ■ 위의 내용과 관련하여 또는 그 외 상담 받고 싶은 내용을 간단히 작성해 주세요. 								

2. 학교 상담실에서 진행하는 상담 및 심리검사의 내용에 대해서는 비밀이 보장됩니다.

다만 아래와 같은 경우에는 비밀이 보장되지 않을 수 있습니다.

- 자신 또는 타인의 생명이나 안전이 위험한 경우
- 아동학대 및 학교폭력을 알게 되거나 의심이 되는 경우
- 법에 따라 정보를 공개해야 하는 경우
- 전염성 있는 질병을 가지고 있을 경우

※ 상담 내용 중 자신이나 타인을 해칠 수 있다고 판단된 경우에는 가족 또는 중요한 주변 사람에게 알리는 것을 원칙으로 하고 있습니다.

3. 상담은 보통 주 1회, 50분 정도 진행됩니다. 사전 연락 없이 무단으로 결석하지 않을 것을 약속해 주시기 바랍니다.

위와 같이 상담을 신청하며 상담에 필요한 관련 정보를 제공하는데 동의합니다.

(「개인정보보호법 및 동법 시행령」 근거) ☐ 동의 ☐ 미동의

※ 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 상담 및 관련 교육활동 참여에 제한이 있을 수 있습니다.

년 월 일 신청인 (서명)

상담 동의서 (보호자용)

안양예술고등학교 상담실

1. 상담은 월요일 ~ 금요일 일과 중 학생과 사전 협의한 시간에 진행하며, 수업 시간에도 진행될 수 있음을 알려드립니다. 상담의 횟수는 총 2회 ~ 10회 가량 진행되며, 이는 학생의 심리·정서적 상태와 변화에 따라 달라질 수 있습니다. 1회기 상담은 총 1교시(50분)동안 진행됩니다.
2. 상담한 내용은 절대 비밀이 보장되며, 다만 부모, 교사가 의뢰한 경우에 제한적인 정보 제공과 교육적 자문이 이루어질 수 있습니다. 그러나 아래와 같은 경우는 비밀이 보장되지 않을 수 있습니다.
 - 학생이 자신이나 타인에게 해를 끼칠 의도나 계획을 가진 경우
 - 아동학대 및 학교폭력을 알게 된 경우나 의심하는 경우
 - 법에 따라 정보를 공개해야 하는 경우
 - 약물 복용이 필요하거나, 전염성 있는 질병을 가지고 있을 경우 등

-----절-----취-----선-----

본인은 위 학생의 보호자로서 ()가
안양예술고등학교 상담실에서 상담 받는 것에 동의하며
상담활동에 적극적으로 협조할 것을 약속합니다.

※ 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 상담 및 관련 교육활동 참여에 제한이 있을 수 있습니다.

소속	학년 반 번	성별	☐ 남 ☐ 여
학생 성명	(서명)		
보호자 정보	학생과의 관계 : ()	(서명)	

년 월 일