

ビジョントレーニング インフォメーションフォーム

この用紙はトレーニングに参加される方が、安全に、効果的にトレーニングを体験していただくためのものです。プライバシーは厳守いたしますので、正直に記入してください。すべての項目にもれなく記入の上、同意書の欄にも記入、捺印しトレーニング開始までにご返送ください。

年 月 日 からのビジョントレーニング			
ふりがな	生年月日	年 月 日	性別： 男 女
氏名：	自宅電話：		
住所：	携帯電話：		
紹介者：	緊急連絡先：		

1	現在、過去に「心臓病」「高血圧」「伝染性疾病」で入院、通院等の治療を受けたことがありますか。 (はいの場合) 疾病名：	はい	いいえ
2	現在、過去に上記疾病以外で一週間以上の入院、通院等の治療を受けたことがありますか。 (はいの場合) 疾病名：	はい	いいえ
3	現在、過去に精神的な疾病で入院、通院、またはカウンセリング等を受けたことがありますか。 (はいの場合) 疾病名： いつ頃： 通院・入院・カウンセリング・その他 投薬名：	はい	いいえ
4	現在、医師などの指示により薬をのんでいますか。(はいの場合) 投薬名： 期間：	はい	いいえ
5	現在、妊娠中ですか。(はいの場合) 妊娠 月	はい	いいえ
6	現在、過去に「死んでしまいたい」と本気で考えたことがありますか。(はいの場合) いつ頃： どんな時：	はい	いいえ
7	よく眠れますか。 平均睡眠時間 時間	はい	いいえ
8	精神的に安定していますか。(いいえの場合) どんな時に不安になりますか：	はい	いいえ

ビジョントレーニングは自己成長のためのプログラムであり、治療を目的としたものではありません。トレーニング受講が適切でないと見られる場合には、受講をお断りすることがあります。不安がある方は事前にお申し出ください。

受講目的

- あなたがトレーニングからつくり出したい価値は何ですか。
- そのことから自分の人生にどんな違いをつくり出したいですか。(例えば家庭、職場、人間関係など)

同意書	
私	は、上記受講目的のため、自らの体験に責任を持ち、自分の意志でトレーニングに参加いたします。
年 月 日	氏名： 印