

2017 年度 第 1 回 一般社団法人日本箱庭療法学会研修会
参加申込書

受付番号： _____

ふりがな 氏 名	いずれかに○をつけてください。 学会員 (ID : _____) ・ 非会員 ・ 大学院生		
住 所	〒 _____		
電 話	_____	F A X	_____
E-Mail アドレス	_____		
所属機関	_____	職 種	_____
参加希望 分科会 No.	第一希望 (_____)	第二希望 (_____)	第三希望 (_____)

今後の研修会企画の参考にさせていただきますので、以下のアンケートにご協力ください。

- ①臨床経験： _____ 年
- ②箱庭療法を治療に取り入れたことがある： ある・なし
- ③参加形態： 公費 ・ 私費 ・ 一部公費
- ④ご意見・ご要望などありましたらお聞かせください。

<記入シート> 事例概要

事例提示希望の方は、下記の項目に記入してください。プリントしたものを貼り付けていただいても構いません。

1. 事例概要 ①クライアント治療開始時年齢 ____歳 ②性別 ・男 ・女
③主訴あるいは主たる問題
④見立てあるいは診断
⑤治療期間 ____年____月 ⑥面接回数 ____回
⑦現在の状況 ㊦継続中 ㊧終結 ㊨中断 ㊩経過観察中
⑧箱庭作品総数（当日の提示作品数ではなく治療過程での総数）

⑨検討したいことを中心に事例の概要を書いてください。（400字程度）

⑩キーワード3語（ ）（ ）（ ）

2. 治療形態と構造について（該当する項目に○をおつけください。）

- ①治療形態 ㊦プレイセラピー ㊧カウンセリング ㊨その他（ ）
②治療構造
i. 面接形態 ㊦養育者との並行面接 ㊧当人のみの治療
ii. 面接枠 ㊦週1回 ㊧隔週1回 ㊨その他（ ）
iii. 料金 ㊦有料（健康保険外） ㊧有料（健康保険内） ㊨無料
iv. 共同治療者 ㊦共同治療者はいない ㊧共同治療者がいる
（精神科医・内科医・小児科医・その他（ ））