|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学生心理辅导中心学生咨询预约登记表 | | |
| 姓名： | 性别： | 民族： |
| 出生年月： | 班级： | 专业： |
| 宿舍号： |  | 电话： |
| 想要咨询的问题（简述）： | | |
| 是否有宗教信仰： 是， 你的信仰是：    否。 | | |
| 是否有过躯体疾病： 有， 请描述：    无。 | | |
| 是否接受过心理咨询经历： 有， 请描述：      无。 | | |
| 其他： | | |

时间： 年 月 日

学生工作处大学生心理辅导中心制