|  |
| --- |
|  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