



WILLIAM ALANSON WHITE
I · N · S · T · I · T · U · T · E
of Psychiatry, Psychoanalysis & Psychology

저희 윌리엄 앨런스 화이트 연구소의 치료신청서 작성에 시간을 내어 주심에 깊이 감사드립니다.

저희는 귀하에게 적절한 치료자를 연결시켜드리는 것을 목표로 하고 있습니다. 작성된 신청서는 가급적 일주일 이내에 처리하도록 하겠습니다. 저희의 치료는 사전에 이루어진 약속에 따라서만 진행이 됩니다. 사전에 약속되지 않은 긴급위기상황에 대해서는 저희가 개입 할 수 없음을 알려드립니다. 만일 위급한 상황에 대한 도움이 필요하신 경우, 귀하의 거주지 지역 응급센터에 연락을 취하실 것을 권해드립니다.

심리치료를 시작하는 것은 아주 중요한 일이기에, 저희는 그것이 가능한 한 편안한 과정이 될 수 있도록 노력하고 있습니다. 귀하께서 저희 연구소에서 치료 받을 지의 여부를 결정하시는데 도움이 될 수 있도록, 몇가지 유의 사항을 알려 드립니다. 저희 연구소는 재정적으로 제약이 있으신 분들을 위해 일정 범위 내에서 요금을 조정해 드리고 있으며, 귀하께서 가지고 계신 보험이 보장하지 않는 액수의 일정 부분에 대해서 비례적으로 요금을 조정해 드리고 있습니다. 하지만, 저희 연구소는, 개인적으로 활동하시는 저희 연구소 출신 치료자 분들의 경우와는 달리, 메디케이드(Medicaid), 메디케어(Medicare), 혹은 관리형 치료 프로그램(Managed Care Plans) 등은 받지 않고 있습니다. 그리고 현재 저희 연구소의 협소한 물리적 공간상 제약으로 인해, 저희 연구소에 치료를 신청하시는 분들 모두를 저희가 다 수용할 수 없다는 점, 그리고 경우에 따라서는 귀하에게 치료자가 배정되기까지의 시간이 귀하께서 원하시는 것보다 더 길어질 수도 있음을 알려 드립니다. 만일 저희 연구소가 귀하께 치료자를 배정해 드릴 수 없을 경우에는, 귀하를 다른 기관에 소개시켜 드리게 될 것입니다. 이 경우, 저희가 귀하께 치료자를 배정시켜 드릴 수 없는 것이 결코 치료가 귀하에게 도움이 되지 않는다는 것을 의미하는 것이 아니라는 점을 너그럽게 이해해 주시길 바랍니다.

처음 면담 일정이 잡힌 이후, 혹시라도 귀하께서 취소를 원하시는 경우, 되도록이면 빨리 저희에게 연락 주시기를 부탁드립니다. 그리고 궁금하신 사항이 있으시면 언제든지 저희에게 연락 주시길 바랍니다 (평일 오전 10:00 ~ 오후 5:30, 전화 212-873-7070). 참고로 저희 연구소는 주말, 공휴일, 연구소 자체 행사일 등에는 서비스를 제공하지 않음을 알려드립니다.

감사합니다,

신시아 필드, 철학박사
임상 서비스 책임자
Cynthia Field, Ph.D.
Director of Clinical Services

이 글은 귀하께서 보관하셨다가 나중에 필요하실 때 참고해 주시면 좋겠습니다.

일자:

성함:

아래의 서비스 중에서 원하시는 항목에 체크해 주십시오. (저희 클리닉에 공급한 사항이 있으시면, (212) 873-7070 으로 언제든지 전화 주시기 바랍니다.

심리치료 서비스:

개인 심리치료는 일주일 1~2회, 오전 8:00~오후 9:00 사이, 최장 40주간, \$50~150 정도의 개인 사정에 따라 차등적용되는 비용으로 제공 됩니다. 40주 이후에는 치료자와 상의후, 치료자와 개별 치료를 계속할 것인지의 여부를 결정하실 수 있습니다. 만일 저희 연구소에서 제시하는 최저 비용을 재정적으로 감당하기 어려우신 경우, 신청서를 작성 하시기에 앞서 저의 연구소로 전화 주셔서 귀하의 재정적 상황에 대해 저희와 이야기를 나눌 수 있도록 해 주시기를 부탁드립니다.

정신분석 서비스:

일주일에 3회 이상, 최소 1~2년 동안 이상 집중적으로 개인 분석 작업을 원하시는 분들께 최소한의 비용으로 제공되는 서비스입니다. 개인분석을 원하시는 분은 분석가의 개인 사무실이나 저희 연구소의 클리닉에서 분석을 받으실 수 있습니다. 비용은 매 회기당 최소 \$15이며, 내담자의 재정적 상황에 따라 일정비율 조정될 수 있습니다.

기타 전문 서비스:

커플 치료

식이장애, 충동, 중독

노년기 발달

LGBT 심리치료 서비스

현재의 의료적 상황(지병)과 공존하는 삶에 대한 서비스

예술가들을 위한 정신분석적 심리치료

성적 학대 관련 서비스

집단 심리치료

청년 관련 치료 서비스

심리치료 시작 전에 필히 건강검진을 받으시는 것이 중요합니다. 그래야만 의학적인 요인들로 인한 합병증의 영향을 고려한 심리치료를 받으실 수 있습니다. 가장 최근에 받으신 건강검진과 그 결과를 저희에게 알려 주시길 부탁드립니다:

담당의사:

검진일자:

임상 서비스 신청서

신청일자

신청인 성함 :

성 이름 중간이름

신청인 연락처 :

집주소

시 주 우편번호

우편주소

시 주 우편번호

이메일주소

집 전화번호

직장 전화번호

집으로 연락 하셔도 됩니다

직장으로 연락 하셔도 됩니다

비상시 연락처 :

성함 전화번호

추천인 (개인, 기관, 병원) :

성함 전화번호

주소

시 주 우편번호

휠체어 접근에 도움을 필요로 합니다

오전 9시와 오후 5시 사이에 시간 약속이 가능하십니까? 예 아니오

만일, 가능하지 않으시다면, 어느 시간대에 가능하십니까? 오전 9시 이전 오후 5시 이후

1. 생년월일 (MM-DD-YYYY) 2. 최근 생일시 나이

3. 성별: 남 녀 기타 (명시해 주세요)

4. 본인의 성적 성향은 어떻습니까?
 이성애 양성애 남성/여성 동성애 기타 (명시해 주세요)

5. 인종?
 아프리카-아메리칸 아시안 코커시안 라틴 아메리칸 원주민
 기타 (명시해 주세요)

6. 최종학력:
 대학원 (석사/박사) 대학 (4년제 학위) 고등학교/직업학교 중학교

7. 현재 학교에 다니고 있습니까? (만일 그렇다면, 학교/전공을 명기해 주세요)
 풀타임 파트타임 학생이 아님

8. 현재 직장이 있습니까? (만일 그렇다면, 고용주/분야를 명기해 주세요)
 풀타임 고용 파트타임 자원봉사 실업
 기타 (명기해 주세요)

9. 혼인관계 상태:
 비/미혼 결혼 별거 이혼
 기타 (명기해 주세요)

10. 세대내에 현재 같이 거주하고 있는 사람은 누구입니까? (배우자, 부모 자여, 형제, 옹거인, 룸메이트 등)

나이	<input type="text"/>	관계	<input type="text"/>	나이	<input type="text"/>	관계	<input type="text"/>
나이	<input type="text"/>	관계	<input type="text"/>	나이	<input type="text"/>	관계	<input type="text"/>
나이	<input type="text"/>	관계	<input type="text"/>	나이	<input type="text"/>	관계	<input type="text"/>

11. 본인의 가족과의 관계 (아래 항목중 하나에 체크해 주세요)

많은 정서적 지원을 해줌 정서적 지원을 해주지 않음

평균적인 정서적 지원을 해줌 (약간의 갈등) 가족과 연락하지 않음

적절하지 못한 정서적 지원을 해줌 (빈번한 갈등)

12. 본인의 친구와의 관계 상태 (아래 항목중 하나에 체크해 주세요)

- 많은 정서적 지원을 해줌 정서적 지원을 해주지 않음
 평균적인 정서적 지원을 해줌 (약간의 갈등) 친구가 없음
 적절하지 못한 정서적 지원을 해줌 (빈번한 갈등)

13. 부모나 형제중 의학적 혹은 정서적 문제를 가지고 있는 분이 있다면 아래에 기술해 주세요:

14. 아래의 항목중 심리치료를 원하는 사유에 해당하는 것에 모두 체크해 주세요:

- 불안
 사망 (가족, 친척, 친구, 기타)
 혼란 (자기 이미지, 목표 등)
 역할수행능력의 감소 (일, 가정, 학교 등)
 우울
 건강상태 (자신)
 건강 상태 (관심을 가지고 있는 다른 사람)
 기억력 문제
 관계의 문제
 미래의 계획
 학대 (명기해 주세요. 신체적/정서적 측면):
 외상 후유증 (명기해 주세요)
 거식/신경성 과식/과식 (명기해 주세요)
 물질 오남용에 대한 염려 본인 타인 과거 현재
 기타 (명기해 주세요)

15-A. 이전에 심리치료를 받은 경험이 있습니까?:

- 아니오 예 (1회) 예 (2~4 회) 예 (5+ 회)

15-B. 심리치료를 받은 경험이 있다면, 몇 명의 각기 다른 치료자와 같이 하셨습니까?

16. 심리치료를 받은 경험이 있다면, 가장 최근에 심리치료를 받은 때는 언제입니까?:

- 6개월 이내 6~12 개월 12~24 개월 2년 이전

17. 앞서 심리치료를 중단한 이유는 무엇입니까?:

18. 가장 길게 심리치료를 받았던 기간은 어느정도입니까?

- 1년 미만 1년 이상 2년 이상 4년 이상

19. 가장 최근의 심리치료자를 기술해 주십시오. (저희는 신청자 본인의 동의 없이는 연락하지 않습니다)

성함 전화번호

주소

시 주 우편번호

성함 전화번호

주소

시 주 우편번호

20. 현재 복용하고 있는 약이 있습니까? 예 아니오

21. 현재 복용하고 있는 약이 있다면, 약이름과 복용량을 명기해 주세요:

22. 심리적, 정서적 이유로 병원에 입원한 경험이 있습니까?

- 아니오 예 (입원 경험이 있다면, 입원 횟수를 명기해 주세요)

23. 입원 경험이 있다면, 가장 최근에 정신과 입원을 한 때는 언제입니까?:

- 지난 6개월 이내 6~12개월 12~24개월 2년 이전

24. 입원 경험이 있다면, 과거에 자살에 대한 생각을 해 본 적이 있습니까?:

- 전혀 없음 가끔 자주

25. 자살 시도를 해 본 적이 있습니까?:

- 아니오 예 (자살 시도 경험이 있다면, 시도 횟수를 명기해 주세요)

26. 자살 시도를 해 본 적이 있다면, 가장 마지막으로 자살을 시도한 때는 언제입니까?:

- 6개월 이내 6~12개월 12~24개월 2년 이전

27. 현재 복용하고 있는 처방전이 필요 없는 일반 의약품이 있습니까? 예 아니오

28. 지난해에 처방전이 필요 없는 일반 의약품을 복용한 적이 있습니까? 예 아니오

29. 27번 항목이나 28번 항목 중에 '예'라고 답 하셨다면 약의 종류와 빈도를 명기해 주세요:

30. 현재 음주 하십니까? 예 아니오

31. 음주 하신다면, 다음을 명기해 주세요: 양 빈도/주

32. 본인 스스로 약물이나 알코올에 문제가 있다고 생각해 본 적이 있습니까?:

아니오 예 잘 모르겠음

33. 과거 약물이나 알코올 문제로 치료를 받은 경험이 있습니까?

아니오 예 (경험이 있다면, 기관과 일자를 명기해 주세요)

34. 현재 흡연하십니까?

아니오 예 (흡연하신다면, 하루 흡연량을 명기해 주세요)

35. 현재 음식을 폭식 하거나, 먹은 음식을 토하거나, 완화제를 사용하고 있습니까?

아니오 예 (그렇다면 내용과 횟수를 명기해 주세요)

36. 현재 12단계 프로그램 등에 참여하고 있습니까? (예를 들어, A.A., N.A., O.A., S.A., S.I.A.)

아니오 예 (프로그램을 명기해 주세요)

37. 과거 12단계 프로그램 등에 참여한 경험이 있습니까? (예를 들어, A.A., N.A., O.A., S.A., S.I.A.)

아니오 예 (프로그램명과 일자를 명기해 주세요)

38. 일, 건강, 가정, 여가 등 삶의 여러부분을 생각해 볼 때, 지난 한 달 동안 본인의 삶의 질에 대해 얼마나 만족했었는지 아래에 체크해 주세요.

아주 만족함 아주 불만족함
더할 나위 없이 좋음 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 더할 나위 없이 나쁨

39. 본인이 느끼고 있는 스트레스 정도에 체크해 주세요:

스트레스가 없음 스트레스가 극심함
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

40. 본인은 희망과 열정을 가지고 미래를 기대하고 있다:

그렇다 그렇지 않다 양쪽 모두

41. 현재 본인의 건강상태는 어떻습니까?:

최상이다 아주 좋다 좋다 괜찮다 나쁘다

42. 본인의 신체적 건강은 삶 전체를 통해 볼 때:

- 최상이다
 아주 좋다
 좋다
 괜찮다
 나쁘다

43. 현재나 과거에 장애나 심각한 질병의 경험이 있습니까? 아니오 예

장애나 질병 내용	당시 나이	장애나 질병 내용	당시 나이

44. 수술을 필요로 하는 의학적 문제나 심각한 사고의 경험이 있습니까? 아니오 예

수술이나 사고 내용	당시 나이	수술이나 사고 내용	당시 나이

45. 과거에 체포된 경험이 있습니까? 아니오 예

만일 그렇다면, 설명해 주세요.

46. 무기를 소유하고 있습니까? 아니오 예

만일 그렇다면, 설명해 주세요.

47. 일반적으로, 본인이 분노조절능력을 어떻게 기술하시겠습니까:

- 아주 좋음
 잘하지 못함 (물건을 부수거나 망거뜨림)
 괜찮음 (가끔 분노조절능력에 대해 걱정함)
 문제가 있음 (사람을 때린 적이 있음)

48. 본인이 평소의 자신과 달랐던 경험이 있었고...:

- A. 본인을 아주 좋게 느꼈거나 흥분하여서 다른 사람이 생각하기에 본인이 보통 때와 달랐거나, 본인이 너무 흥분하여 문제를 일으킨적이 있다 예 아니오
- B. 본인이 아주 격앙 되어서 다른 사람에게 소리지르거나 언쟁하거나 싸운 적이 있다 예 아니오
- C. 평소보다 수면을 많이 취하지 못하거나, 수면을 원하지 않는 본인을 발견하였다 예 아니오
- D. 생각이 끊임없이 떠오르고, 떠오르는 생각의 속도를 늦출 수 없었다 예 아니오
- E. 주변의 것들로 인해 주의가 쉽게 분산되어서, 집중하거나 일을 지속하기 어렵다. 예 아니오
- F. 본인에게 일상적이지 않거나 다른 사람들이 생각하기에 본인이 과도하거나 어리석거나 위험하다고 생각되어질 수 있는 일을 한 적이 있다 예 아니오
- G. 돈의 지출과 관련하여 본인과 가족에게 문제를 일으킨 적이 있다 예 아니오

49. 현재 본인이 겪고 있는 어려움이 무엇인지, 그 어려움이 얼마동안 지속된 문제인지, 그리고 지금 이 시점에 심리치료를 원하는 이유가 무엇인지, 아래에 필요하신 만큼 충분히 기술해 주십시오.

재정 및 기타 사항

저희는 신청인의 주당 심리치료 비용을 1) 신청인 본인의 의료보험이 보장하는 범위; 2) 가족 구성원으로부터 받는 재정적 도움; 3) 신청인 본인의 주당 소득 등에 근거하여 정합니다. 신청인 본인의 의료보험회사에 연락하셔서 ‘네트워크 외부 공급자(out-of-network provider)’로서 ‘외래 심리치료(outpatient psychotherapy)’에 관한 보장범위에 관하여 필히 문의 및 확인하여 주시기 바랍니다. 신청인의 심리치료비용을 산정하는데 필요하니, 아래의 내용을 기입 작성해 주시기 바랍니다.

신청인 본인 수입 (주당): \$ 배우자/파트너 수입(주당): \$
 기타 수입: \$ 저축: \$

월간 주거비용 (주거비용을 여럿이 분담하는 경우 신청인 본인이 부담하는 비용): \$

신청인 본인에게 재정적으로 의존하는 분들의 인적사항:

나이 <input type="text"/>	관계 <input type="text"/>	나이 <input type="text"/>	관계 <input type="text"/>
나이 <input type="text"/>	관계 <input type="text"/>	나이 <input type="text"/>	관계 <input type="text"/>
나이 <input type="text"/>	관계 <input type="text"/>	나이 <input type="text"/>	관계 <input type="text"/>

기타 부채, 비용, 신청인이 부담하는 기타 재정적 의무 등의 내용과 총액을 기입해 주십시오

가족들로부터 심리치료를 위해 주당 어느 정도 지원받으실 수 있습니까? \$

신청인 본인이 심리치료를 위해 주당 어느 정도 부담하실 수 있습니까? \$

아래의 보조/수당/혜택 내용중 본인에 해당하는 사항에 체크해 주십시오:

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 개인 의료보험 | <input type="checkbox"/> SSD |
| <input type="checkbox"/> 직장 의료보험 | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> 실업 |
| <input type="checkbox"/> V.A. Benefits | |
| <input type="checkbox"/> 기타 (명기해 주세요) | <input type="text"/> |

신청자 의료보험 정보: 보험상품명 전화번호

신청자 의료보험이 직장과 연계되어 있습니까? 아니오 예

신청자 의료보험이 ‘네트워크 내 공급자(in-network providers) 치료만 보장합니까? 아니오 예

‘아니오’인 경우, 다음의 ‘네트워크 외부 공급자(out-of-network provider)’ 보험혜택에 관한 내용에 답해 주십시오:

공제금액 (Deductible) \$ 보험이 보장하는 연간 심리치료 횟수

정신건강과 관련하여 보험이 보장하는 연간 최대 액수 \$

보험이 보장하는 회기당 최대 액수 혹은 회기당 비용 대비 비율 \$

동의서

신청인 본인, 은/는 윌리엄 앨런슨 화이트 연구소에서 수련생(candidate), 박사후 연구생 (postdoctoral fellow), 정신과 수련의 (psychiatry resident) 등으로부터 심리 치료/정신분석을 받는 것에 동의합니다. 신청인 본인은 연구소가 교육적 목적을 가지고 있다는 것과 이 목적에 준하여, 신청인에게 정신건강 서비스를 제공하는 전문가가, 연구소에서 인정하는 자격을 갖춘 정신건강 전문가들과 함께하는 수업이나 임상지도(supervision)에 참여해야 한다는 점을 이해합니다. 신청인 본인은 또한 이러한 교육 과정에 신청자 본인의 임상자료 (clinical data)가 사용된다는 점을 이해하며, 신청자 본인의 임상자료가 교육에 사용될 경우, 최고의 비밀보장(utmost confidentiality)을 준수한다는 조건하에, 이의 사용을 허락합니다.

신청인 본인 (Patient) 서명: _____ 일자: _____

치료자(Therapist) 서명: _____ 일자: _____

이로서 신청자 본인은 신청자 본인의 의료기록이 아래의 기관에 배포되는 것을 승인합니다:

THE WILLIAM ALANSON WHITE INSTITUTE
20 West 74th Street
New York, New York 10023

신청자 본인은 배포되는 의료정보의 비밀이 보장된다는 것과 공개되는 것으로부터 보호된다는 것; 정보의 배포 허가를 어떤 때에라도 취소할 수 있는 권리를 신청자 본인이 가지고 있다는 것; 신청자 본인의 정보배포 동의가 동의일로부터 일년 후 그 기간 이전에 취해지지 않으면 만료된다는 것 등을 이해 합니다.

공개될 정보는 신청자 본인이 가지고 있는 문제들의 성격 및 정도를 포함하며
신청자 본인에 대한 치료계획을 세움에 있어
위에 명기된 기관에 의해 신청자 본인의 필요와 지원을 평가하는데 사용됩니다.

증인(Witness): _____

신청인 본인(Patient) 서명: _____ 일자: _____

신청인(Patient) 정자 이름: _____