

こころのケアのご相談・催眠療法 同意書

ホリスティックケアルーム&スクールつむぎの森(以下「当ルーム」と称する。)のサービス「こころのケアのご相談(コンサルテーション・催眠療法・CBTセッションを指す)」が、サービス利用者相談依頼者(以下「クライアント」という。)にとって効果的に行われるために、この同意書の内容をご理解いただき、クライアントの同意の上で心のケアのご相談を実施いたします。

【こころのケアのご相談・コンサルテーション・催眠療法のご利用にあたっての注意事項】

1. 当ルームにおけるこころのケアのご相談、催眠療法は、論理的、教育的な人生観についての相談であり、医療行為ではありません。診断や検査、治療を行いません。
2. セラピストが医療による治療が必要であると提案した場合、可能な限りその提案を尊重してください。
3. セラピストは、クライアントと私的な関係は持ちません。
4. クライアントは、原則としてセラピストと約束した日時にご来談いただくか、オンラインでのご入室、電話で待機していただくこととなります。但し、セラピストの都合により日程が変更になる場合があることをご理解下さい。
5. キャンセル、日時のご変更は2日前までにメールにてご連絡ください。事前のご連絡なく、当日キャンセルの場合はセッション料金を全額申し受けます。ただし、コロナ禍での現状を踏まえ、全てにおいて適用するわけではありません。当日の体調不良など直前であってもご相談ください。
6. 当ルームは医療機関ではありませんので、こころのケアのご相談、催眠療法などのセラピー料金は、自費となり医療保険ならびに医療費控除の対象とはなりません。
7. 予約時間に遅れても、終了時間の延長はできません。
8. 精神科や心療内科に通院中の方は主治医の許可が必要です。
9. セラピーの性質上、クライアント本人の希望であっても、心理セラピー記録自体は、心理セラピー中ならびにセラピー終了後においてもクライアントに開示できません。
10. クライアントが飲酒をしていたり、重大な約束違反、または、多大な迷惑をセラピストあるいは、当ルームにかけるような事態が生じた場合、当ルームはこころのケ

アのご相談の継続が不適切と判断し、当ルームのご利用をお断りする場合があります。この場合の返金是对応しておりませんのであらかじめご理解ください。

11. クライアントが未成年者の場合、保護者の許可・同意書への同意が得られない場合にはお断りいたします。
12. 管理する個人情報是最終面接日から5年で破棄する場合があります。

【クライアントの責任】

1. こころのケアのご相談、催眠療法などセラピーへの参加はクライアント自身の意思と責任において判断の上、お決めください。
2. こころのケアのご相談、セラピーを安全、かつ成果を得るためにクライアントはセラピストに必要な全ての情報を率直にご提供ください。
3. こころのケアのご相談、セラピーの継続中に起こるさまざまな重要な決断に関し、最終的な決定はクライアントに委ねられており、それに基づいた行動の結果に対する責任はクライアントに帰することをご理解ください。
4. セラピーを終えるのはクライアントの判断です。ご自身のタイミングでお決めください。

【クライアントの個人情報の保護】

1. 守秘義務に基づき、クライアントのセラピーの内容は厳守されます。クライアントの同意がない限り、第三者にクライアントの個人的な情報を知らせることは原則としてありません。但し、以下の状況が発生した場合においてはこの限りではありません。

- 1 本人の生命、身体、財産の保護のために必要で、本人の同意を得るのが困難なとき。
- 2 他者の生命、身体、財産の保護のために必要で、本人の同意を得るのが困難なとき。
- 3 法令に基づく開示請求を受けた場合。

2. こころのケアのご相談、セラピーを行う際に得た情報を、専門家間の知識の共有やセラピーの向上と普及、教育を目的とした資料作成などに際し、個人の特定制ができないようプライバシーに配慮した形で統計や事例として引用させていただく場合があります。その場合は、改めてクライアントからの許可を得ることはありません。

3.クライアントが不慮の事故にあわれた場合でも、クライアントの前もっての書面による同意がない限り、ご家族、関係者にご相談、セラピーの内容を明かすことはありません。

4.その他、個人情報保護につきましては、個人情報の保護に関する法令、国が定めるガイドライン、その他の規範を遵守致します。

私は、上記こころのケアのご相談、セラピーについての説明に同意いたします。

(クライアント様)

お名前 様

日付 西暦 年 月 日

保護者記入欄(クライアント様が未成年者の場合)

私は、上記こころのケアの相談、コンサルテーション、セラピーについての説明に同意し、上記クライアントがこころのケアの相談、セラピーを利用することに、同意いたします。

(保護者様) ご住所

お名前 様

日付 西暦 年 月 日

以上