

心理カウンセリング同意書

以下の説明と注意事項について同意された場合は、□欄に✓を入れ、署名をお願い致します。

- カウンセリングは守秘義務のもとで行います。ただし、他の医療機関との情報交換が必要であると双方が認めた場合、自殺および自傷行為や誰かを傷つける恐れがあると判断した場合、緊急にご家族等に連絡が必要な場合は、この限りではありません。
- 本カウンセリングは心理的支援により利用者の問題解決を促すもので、医療行為とは異なり、治癒や解決を保証するものではありません。治療をめぐる思い、考え、気持ち等について心理士・カウンセラーに何でもお話しください。治療や医療福祉制度に関するご相談は、医師または医療スタッフにご相談ください。
- カウンセリングの前に心理士・カウンセラーは患者様の診察状況を確認いたしますが、すべてを把握しているわけではないことをご了承ください。
- 当院以外に心療内科・精神科に通院中の場合は、主治医の許可を得た上で心理カウンセリングをご利用いただくことを原則としております。また、患者様の同意をいただいた上で、当該主治医と情報共有させていただく場合がございます。
- ご相談はご予約いただいた時間内に限らせていただきます。

アゼリアこころクリニック国分寺 御中

私は貴院のカウンセリングを申し込むにあたり、上記の事項に関して説明を受け、理解致しました。アゼリアこころクリニック国分寺で心理カウンセリングを受けることに同意致します。又、不測の事態が生じた場合、必要な処置を受けることにも同意致します。

年 月 日

診察券番号 _____

氏名 (自署) _____

住所 _____

連絡先 _____