

受領者	受領日
	/

## 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理解同意された場合は左端の□欄に✓を入れ下記に署名して下さい。質問や確認したい点がある場合は✓は入れず、本書ご提出前にスタッフまでお申し出ください。

- カウンセリングは守秘義務のもとで行います。ただし、ほかの医療機関等との情報交換が必要であると相互が認めた場合、又は自殺、ご自身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。臨床心理士・カウンセラーには、治療をめぐる思い、考え、気持ち等について何でもお話しください。治療に関する医療の面のご相談は、医師または医療スタッフにご相談ください。  
\*もし、本日心理士に相談されたいと思っていた内容が、医療面の相談の場合には、本日に限り、心理カウンセリングをキャンセルいただいてもキャンセル料はいただきませんので受付までご相談ください。
- カウンセリングの前にカウンセラーは患者様の診察状況は確認いたしますが、全てを把握しているわけではないことをご了承ください。
- 心療内科・精神科などに通院中の場合は、主治医の許可を得た上でご利用いただくことを原則としております。また、患者様の同意を頂いた上で、当該主治医と情報共有をさせていただきます場合がございます。
- 相談はご予約いただいた時間内となります。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック 院長 宮崎 薫殿

私は、貴院にカウンセリングを申し込むにあたり、上記の事項に関し説明を受け、十分理解し、自由な医師の下に依頼します。治療にあたっては十分な成果が得られるよう貴院の方針に従います。また、不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

日付	西暦 年 月 日	診察券 番号	
氏名 (自署)		住所	