

カウンセリング同意書

↓チェックをお願い致します。

- 1.カウンセリング中に話される内容について守秘義務を負うことをお約束します。
ただし、人命にかかわるとき、他人に危険の可能性があるとき、法律で義務付けられたとき、医師やその他の専門家と協力する必要があるとき、なんらかの現行犯であると認められた場合に、この限りではありません。
- 2.利用者様が未成年の場合、保護者の方の同意が必要です。
(保護者名 _____)
- 3.カウンセリングの継続中に、利用者様は様々な重要なことを決めなければならない場合、最終的な決定とそれに基づいた行動の結果に対する責任は、利用者本人に帰することをご理解ください。
- 4.本カウンセリングが原因で、何らかの疾病、損失が生じたと特定し、法的手段に訴え出ることを永久に放棄して下さることにご同意ください。
- 5.カウンセリングは利用者様とカウンセラーとの共同作業です。お互いの協力無しに進めることはできません。
マナーを守れなかったり、約束を破ったり、ということが度重なると止むを得ず中断することがあります。やろうとしても出来なかった時はそのようにお伝えください。
- 6.カウンセラーは利用者様と私的、性的な関係を持ちません。
- 7.相談内容に応じて、他の専門家に委託した方がいいと思われる場合はそのようにお勧めすることがあります。
- 8.カウンセリングの継続、再開は利用者様ご自身の意思と責任で判断してください。
- 9.弊社で行われるすべてのカウンセリングは心理的、教育的、または人生観についての相談であり、医療行為ではありません。現在、身体あるいは精神の病気で病院に通院している方は、必ずお知らせ頂き、主治医の許可を得てからカウンセリングをご利用ください。また飲んでる薬もお知らせください。

医療機関にかかって (いる ・ いない)

医療機関名 _____

傷病名 _____

お薬名 _____

※自殺願望のある方、自殺未遂の経験がある方、リストカットなどの経験がある方は必ずカウンセラーにお知らせください。(ある いつ頃 _____ ・ない)

カウンセリングの期間中そのような行為に及ばないことをお約束ください。

