

同意書

【料金と時間】 カウンセリングの料金は 10 分 1,200 円です。カウンセリング時間は基本 1 回 50 分ですが、ご相談状況等に応じて、時間を短縮、延長して設定することがあります。心理検査は種類によって料金が異なります。カウンセリング料金は、カウンセリングの内容やカウンセリングに伴う成果に対しての料金ではありません。カウンセリングの終了後に指定の料金をお支払いください。

【遅刻】 予約時間に遅れても、終了時間の延長はできません。ご利用者様の都合で開始時間が遅れた場合には、予約時間分の料金をお支払いいただきます。

【中止】 暴力行為など、担当者および当機関の運営に支障がある場合はご利用をお断り致します。カウンセリングの継続をお断りした場合であっても、予約時間分の料金はお支払いいただきます。

【守秘と連携】 守秘義務に基づき、ご相談内容は厳守されます。ただし、自傷他害や生命の危機などに関わる場合には、必要に応じて、関係者および関係機関等に連絡を取ることがあります。心療内科や精神科に通院中の方は、主治医の許可が必要です。

【研究と研修】 心理臨床学の発展と貢献、担当者の資質向上のため、カウンセリングの一部を専門の学会、研究会等で報告・発表することがあります。その場合には、個人が特定されないように配慮します。

【個人情報】 個人情報は適正に管理し、目的外に使用することはありません。ただし、関連機関との連携、生命や財産の危機、法令上の必要とされる場合などには、個人情報を開示することがあります。

【記録の保管】 管理する個人情報は最終面接日から 5 年で破棄する場合があります。

〒380-0802 長野市上松 5 丁目 3-10

TEL 080-4153-2102 (直通)

医療法人博和会上松病院

診療技術部臨床心理

以上のことに同意してくださる場合にはご署名をお願い致します。

住所 _____

氏名 (ご利用者署名) _____

(保護者署名) _____ (続柄)

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日