

同 意 書

心理カウンセリングが効果的かつ倫理的に行われるために、本書に基づき、カウンセラーとクライアント（来談者）が同意の上で心理カウンセリングを実施致します。

1 心理カウンセリングについて

- (1) 当所での心理カウンセリングは問題解決を目指した支援であり、医療行為ではありません。
- (2) 心理カウンセリング料金は、医療保険および医療費控除の対象とはなりません。
- (3) クライアントが18才未満の場合、まずは保護者様が来談してください。お子様ご本人の心理カウンセリングが必要かどうか及びその時期については、保護者の心理カウンセリングの中で決めていきます。
- (4) クライアントは心理カウンセリング内容の録音はできません。ただし、カウンセラーはクライアントの同意を得て録音することがあります。
- (5) クライアントの暴力・迷惑行為、重大な約束違反を認めた場合や心理カウンセリングの継続が不適切と判断した場合は心理カウンセリングの利用を中止・中断する場合があります。その場合であっても、利用料金の返却はありません。

2 クライアントの責任

- (1) 心理カウンセリングの成果をあげるために、クライアントは心理カウンセリングに必要な情報を提供してください。
- (2) 心理カウンセリングの内外にかかわらず、クライアントの行為の結果に対する責任はクライアント本人に帰することをご理解ください。

3 医療との関係について

- (1) 相談内容やクライアントの状態によっては医療受診が必要とカウンセラーが判断することがあります。クライアントはそのカウンセラーの意見を尊重してください。
- (2) すでに心療内科・精神科（精神科医）の診療を受けている場合は、主治医の先生に当所で心理カウンセリングを受けていることをお話してください。
- (3) 相談内容にかかわる主治医をお持ちの場合は、法令に基づいて連絡を取る場合があります。

4 心理カウンセリング体系と料金について

- (1) 心理カウンセリング料金は、利用時間に対してお支払い頂くもので、心理カウンセリングの内容や心理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。
- (2) 標準心理カウンセリングの料金（方法：対面またはオンライン）
 - ・個人心理カウンセリング（お1人の場合）：5,500 円
 - ・複数人が参加の心理カウンセリング（2～4名まで）：8,000 円
- (3) 標準心理カウンセリング時間
 - ・概ね 60 分（50～80 分程度）※特に初回は標準より時間を要する場合があります。
 - ・家族心理カウンセリングの場合はお一人増える毎に約 20 分ほどの時間が増える場合があります。）
 - ・オンラインの場合は原則 GoogleMeet を使います。時間はちょうど 60 分です。

- (4) ご予約の開始時間に遅刻された場合、料金の減額及び時間の延長等はありません。
- (5) 欠席された場合、心理カウンセリング時間の振り替えはありません。

6 予約及びその変更について

- (1) 心理カウンセリングは予約制です。
- (2) 心理カウンセリング予約は原則当日次回の予約をしていただきます。
- (3) 予約の変更は、電話またはメールでご連絡ください。
- (4) 心理カウンセリングの開始時刻を過ぎるとキャンセルはできません。欠席または遅刻扱いとなります。
- (5) 欠席の場合は所定の料金をいただきます。
- (6) カウンセラーのやむを得ない事情等により、予約を変更していただく場合があります。

7 当初の心理カウンセリングについて

- (1) 自家用車を1台駐めることができます。
- (2) 待合室がありませんので予約時間にお越しください。
- (3) 心理カウンセリングの対象とならない内容や当所で扱えない内容の場合は、2回目以降の心理カウンセリングをお断りする場合があります。

8 クライアントの個人情報の取り扱いについて

- (1) クライアントの心理カウンセリング内容は厳守されます。クライアントの同意がない限り、家族であつても他者にクライアントの個人的な情報を知らせることはありません。ただし、自傷他害の恐れがあるとカウンセラーが判断した場合、情報の開示することがあります。
- (2) クライアントが不慮の事故にあわれた場合であっても、クライアントの事前の同意がない限り、ご家族の方等に心理カウンセリングの内容を明かすことはありません。
- (3) 個人が特定されないようプライバシーを守った上で、学会への発表、研究会などに報告・発表またはスーパーバイザーに相談をすることがあります。
- (4) 心理カウンセリングの性質上、心理カウンセリング記録の内容は、心理カウンセリング中を問わずクライアント及び他者に開示しません。

※家族への相談内容の開示 【 可 、 不可 】

※学校関係者への相談内容の開示 【 可 、 不可 】

私は、上記心理カウンセリングについての説明に同意致します。

住所

氏名

(印／または自署)

日付： 年 月 日