カウンセリング実施にあたって

カウンセリングは、心理士（カウンセラー）とクライエントとがクライエントの悩みを共に考える「協同作業」であり、基本的には一定の頻度、時間、曜日を決めて、ある程度の期間、実施するものになります。実施にあたっては、いくつか守って頂きたいことがありますので、ご確認の上、継続していくかご検討下さい。

1. カウンセリング料金は ​５０分 １００００円、８０分 １５０００円、３０分　５０００円になります。
2. カウンセリングを実施するカウンセラーは、臨床心理士・公認心理師になります。どちらも守秘義務がありますので、カウンセリングの中では、安心してお話をして下さい。守秘義務には、以下の例外事項があります。例外事項の場合には、速やかに主治医・家族・関係機関への連絡をする可能性がありますので、御了解下さい。上司や御家族などのお問い合わせがあっても、クライエントの御了解なしに応じることはありません。

　＊御自分を傷つけたり、傷つける恐れがある場合

＊周囲の人へ危害が及ぶ可能性がある場合

３．カウンセリングは完全予約制・前金制になっております。遅刻をされても、終了時間は同じで、料金も変わりません。ご都合が悪くなった場合は、**前々日の受付時間まで**にご連絡を頂ければ日時の変更が可能です。それ以降のキャンセルとなった場合は、どんな理由であれ、キャンセル料として全額頂くことになりますので、早めの受付時間内のご連絡をお願い致します。なお、天候不良やカウンセラーの都合等のお休み・変更については、キャンセル料はかかりませんが、こちらからご連絡させて頂いた場合に限ります。

４．暴力行為や暴言、オフィスの運営に支障がある場合にはカウンセリングを中断する場合があります。

また、カウンセリング外での事について、担当者は責任を負うことができません。

５．精神科や心療内科に通院中の方は別途、主治医指示書が必要となります。

６．心理臨床学の発展と、担当者の資質向上のためカウンセリングの一部を研究発表することがあります。その際には、個人が特定されないように配慮いたします。

７．当オフィスで管理する個人情報は適正に管理し、目的以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、法令上の必要などがある場合には、個人情報の開示をすることがあります。

８．当オフィスで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。

９．18歳未満の未成年の契約には、保護者の同意が必要になります。

カウンセリング同意書

上記の事項をすべて確認し、以下の内容でカウンセリングを実施していくことに同意します。

【カウンセラー】　　　　　　 　　　春日井 翠

【カウンセリング頻度】　　 　　　　　週に　　　　　度　祝日・長期休みを除く　　　　　曜日

【カウンセリング時間】　　　　　　　：　　　　　～　　　　：　　　　　（　　　　　分）

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

【クライエント御署名】

【御連絡先】

＊ご自宅の場合、医療機関名を名乗ってよいか　　はい　・　いいえ

いいえの場合、（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【緊急連絡先】　　　続柄：

【カウンセラー署名】

＊１８歳未満の場合＊

【保護者御署名】　 続柄：

【保護者連絡先】

主治医指示書

主治医先生御侍史

カウンセリングオフィスつむぎ

臨床心理士　春日井 翠

〒100-0005東京都千代田区丸の内3-4-2

新日石ビル5F　(株)ｳｪﾙｿｯｸ内​

080-7049-4202

​counselingofficetsumugi@gmail.com

カウンセリングオフィスつむぎでは、臨床心理士・公認心理師による心理面接を実施しています。 貴院にて受診されている下記患者様について、当オフィスでの心理面接の実施の可否についてご判断いただき、①～⑤にチェックとご署名をお願いしたく存じます。

今後ともカウンセリングオフィスつむぎへのご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| クライエント氏名　　:  担当心理士 　　 : 春日井 翠 |
| 【主治医ご指示欄】   1. 日 付：　　　 　　　　　　　 　　　 　　　年 　 　　　月 　　　 　　日 2. 心理面接の指示： 　 □ 実施可 □ 実施不可 3. 次 回 の 指 示： □ 否 (今後の継続については、クライエントの希望にまかせて良い場合)   □ 要 (定期的に指示書発行が必要な場合)　 頻度：　　　　月に１度   1. 医 療 機 関 名： 2. 主 治 医 氏 名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印   （自筆の場合は印省略可） |