

カウンセリング・心理検査に関する同意書

カウンセラーと話し合い、十分に理解されたうえ、同意のサインをお願いいたします。ご質問、疑問点、ご不安なことがありましたら、必ずカウンセラーにお話してください。

1. カウンセリングと心理検査には料金が必要です。時間と料金は以下のように契約しました。変更や中止をご希望の時にはカウンセラーにいつでもお申し出ください。

初回 _____ 2 回目以降 _____

時間 _____

2. カウンセリングと心理検査のキャンセルは、ご予約いただいた日の前日までにご連絡ください。予約当日のキャンセルは、どのような理由によるものであれ、キャンセル料をいただきます。キャンセル料は上記 1 で定めた料金です。ただし、学校が休日になるような気象警報が居住地や西宮市に発令された場合を除きます。時間は厳守でお願いします。

3. 個人情報保護方針

臨床心理士、公認心理士には守秘義務があります。提供していただく個人情報やご相談の内容については、業務上必要な範囲でのみ取り扱い、当オフィス内にて厳重に保管いたします。提供していただく個人情報は、下記の場合を除き第三者に開示または提供いたしません。

- (1) ご本人の同意がある場合。
- (2) ご本人または第三者の生命が危険にさらされる恐れがあると判断した場合。
- (3) DV や虐待を受けていると判断した場合。
- (4) 法令などにより個人情報の開示が求められた場合。
- (5) より良いカウンセリングを行うために、守秘義務を負っているスーパーバイザー（より経験豊富な臨床心理士）にスーパービジョンを受ける場合。

個人情報の開示、訂正、使用の中止を希望される場合には、ご本人であることを確認した上で、速やかに対応いたします。

すみれ教育心理オフィス 代表

上記について説明を受けました。
内容を理解し、同意いたします。

年 月 日

署名 _____