

心理療法カウンセリング同意書

福井県福井市上野本町1丁目1524番地

iCR(アイカウンセリングルーム)

私は、iCR(以下、「当ルーム」とする)における心理療法カウンセリング(以下、「本サービス」とする)の利用にあたり、以下のことに同意致します。

1. 本サービスについて

- (1) 本サービスは心理的支援により利用者の問題解決を促すもので、医療行為とは異なり、治癒や解決を保証するものではありません。
- (2) 当ルームは医療機関ではございませんので、カウンセリング料金は医療保険ならびに医療費控除の対象とはなりません。
- (3) カウンセリング効果は利用する時期や心身の状態などのいくつかの要因に影響されるため、個人差が認められることをご了承ください。
- (4) 当ルームは、本サービスの実施に万全を期すものの、常に全てにおいて有効とは限りません。本サービスの結果、万が一利用者に不利益が生じても、当ルームは責任を負わないものとします。
- (5) 相談内容や状況に応じて、本サービスの終結、又は適切な専門機関の紹介を行う場合があります。
- (6) 体調の急激な変化や健康状態の変化があった場合は、必ず主治医にご相談ください。
- (7) 心療内科・精神科などに通院中の場合は、主治医の許可を得た上でご利用いただく場合があります。
- (8) 利用者が18歳未満(高校生以下)の場合は、原則として保護者の同意が必要となります。

2. プライバシー保護について

当ルームは、利用者の住所、電話番号、e メールアドレス、本サービスの利用状況などの情報、相談内容（以下、「個人情報」とする）を機密として保持いたします（個人情報の取り扱いについては個人情報保護方針をご参照下さい）。但し、次の目的に限り、個人識別されない状態で情報を使用する場合があります。

1. 本サービス向上や学術研究の目的をもって、統計資料として使用する。
2. 本サービス向上の目的を持って、担当カウンセラーがスーパービジョン（専門職上位者からの指導助言）やケースカンファレンス（専門職間の検討助言）を受ける。

また、以下の項目に該当する場合は、個人情報を開示することがあります。

- （1）利用者から、書面上にて情報開示の同意を得た場合
- （2）利用者または第三者の生命が危険にさらされるおそれまたは、著しい法令違反があると当ルームが判断した場合
- （3）利用者本人または第三者が虐待を受けている可能性または、虐待の危険にさらされる可能性があるかと当ルームが判断した場合
- （4）利用者が自殺をする意思を明らかにし、実行される可能性が非常に高いと当ルームが判断した場合
- （5）法令等により開示が求められた場合

私は上記内容を確認し、同意した上でカウンセリングを受けることを了承します。 ☐

氏 名：