

心理面接同意書

宮城県仙台市青葉区片平一丁目 3-2 ドミー向城 702

NFBT カウンセリングオフィス仙台

制定平成 30 年 10 月 24 日

改訂令和元年 6 月 25 日

NFBT カウンセリングオフィス仙台の利用をご希望の方は、相談サービスやカウンセリングが効果的かつ倫理的に行われるために、この文書に書かれていることをご理解、同意の上でカウンセリング契約を担当カウンセラーとお結びください。

1 【施設の機能】

1-1

本相談室は日本ブリーフセラピー協会の訓練機関としての機能も備えております。臨床心理士の有資格者が担当カウンセラーを務めますが、補助として資格取得前の者もカウンセリングに同席する場合がございます。

1-2

NFBT カウンセリングオフィス仙台の開室時間は午前 9 時～午後 8 時までとします。ただし、予約・問い合わせの受付時間は午前 10 時～午後 6 時（電話）までとします。メールでの問い合わせは上記の時間外でも対応可能な場合があります。

1-3

NFBT カウンセリングオフィス仙台は、待合室がございません。来談時には、予約時間に合わせてお越しいただくようお願い申し上げます。利用者は、原則として担当カウンセラーと約束を交わした曜日と時間に来談ください。予約外の時間にお越しいただいても、担当カウンセラーが不在の場合もあり、対応致しかねることもございます。

2 【カウンセリングの説明および利用形態、料金について】

2-1

1 回の面接時間は 60 分程度です。

2-2

1 回の面接料金は、個人面接 5000 円、合同面接 6000 円、コンサルテーション 5000 円、訪問面接 5000 円（交通費別途請求）、スーパービジョン 10000 円、メール相談（4 往復

／月) 4000 円となっております。

2-3

現在、利用者がカウンセリングの内容と関係のある治療等を他の機関で受けている場合、その機関の了解を得たうえで（口頭でも可）、お申し込みください。また、NFB T カウンセリングオフィス仙台では、必要に応じて、利用者の了解を得て、他の機関の担当カウンセラーや主治医等と連絡を取らせていただくこともございます。

2-4

カウンセリングの一時的な中断、あるいはキャンセルを希望される際には事前に電話・メールでの連絡をお願いしております。

2-5

各種相談料金は利用時間（予約された部屋および担当カウンセラーの時間）に対してお支払いいただくもので、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する対価ではございません。

3【利用者の責任】

3-1

カウンセリングは利用者自身の意志と責任において決定するものであり、その継続に関しては利用者の意志が尊重されます。

3-2

面接が進むにつれて、さまざまな不快な気持ちがおきてくる場合があります。そのことを話し合うことはとても大切なことであるをご理解ください。

3-3

カウンセリングの終結に関しては、必ずカウンセラーと相談の上でお決めください。また、急な転居に伴う終結などによって事前の来談が困難な場合であっても、必ず終結の旨を当相談室までご連絡ください。

4【守秘義務およびプライバシーの保護】

4-1

利用者本人の希望があれば、カウンセリング記録の開示が可能です。また、家族や関係者による開示請求については、利用者本人の許可が得られない限り、お見せすることはございません。

4-2

守秘義務にもとづき、利用者のカウンセリング内容を当相談室外の他者に漏らすことはありません。ただし、以下の項目に該当する場合、利用者本人や関係者を守るために、適切な対象または他機関に知らせることがあります。

(1) 現在利用者がカウンセリングの内容と関係ある相談や治療を他の機関や医療施設で受けている場合、他の機関のカウンセラーや主治医と連絡を取ることがあります。

(2) 法的な証言の義務が課せられる場合や、自傷他害などの利用者自身や他の人に重大な危険が及び得ると想定される場合には、守秘義務の適用よりも他者や関係機関への通知・報告が優先されます。

(3) 研修・訓練機関としての当相談室の性質から、利用者の許可を得た上で、学術利用を目的としてカウンセリングケースを外部の専門学会等で報告・発表する場合がございます。

5【利用中止】

利用者に重大な契約上の約束違反が生じたり、故意的な危害を担当カウンセラーならびに当相談室に加えたり等の、カウンセリング継続にあたって不適切とされるような事態が生じた場合には、以後の当相談室の利用をお断りすることがございます。

以上のことにつきまして、質問がありましたらお尋ねください。その上で、以上の説明を理解・同意されて、NFBTカウンセリングオフィス仙台におけるカウンセリングに取り組むことを決められましたら、下記に自筆でご署名ください。なお、18歳未満の利用者は、保護者による署名もお願い致します。

私は上記の説明を読み、カウンセリングを受けることに同意しました。

住所

氏名（利用者署名）

（保護者署名）

電話番号

日付 年 月 日