<個人情報>

カウンセリング受付票

No.

（フリガナ）		年　月　日記入	
氏名		年齢	
住所		職業	
緊急連絡先 電話	自宅 勤務先 携帯	＊こちらから連絡をしてもよい電話を記入してください。急に予約日時変更をお願いする場合などに使用します。	
これまでにカウンセリングや相談を受けられたことはありますか？	・ある（　年　月～　年　月） ・ない		
今回のご相談に関連してこれまでに病院に行かれたことはありますか？	・ある（　年　月～　年　月） （心療内科・精神科・神経科・内科・その他 整体、鍼灸などの治療院） （医師の診断病名　） （服用中の薬剤名　） ・ない		
ここをお知りになったのは？	・インターネット（検索 ・その他　） ・紹介（病院 ・他の機関 ・勤務先・知人・その他） ・その他（　）		
メールアドレス			

以下を確認いただき、右にご署名願います。

確認署名	

カウンセリング料金

60分　6000円
90分　8000円
90分を超える10分ごとに　1000円（最長120分まで）
健康保険は適用されません。1回のカウンセリング終了ごとに現金でお支払い願います。
（出張・訪問の場合は出張料金2000円と交通費実費が追加となります。）

カウンセリング予約

完全予約制です。事前にご予約をしてください。
予約時間に遅れた場合でも終了時刻は当初の予約どおりとなります。
（カウンセリング時間が短くなりますのでご注意願います）
予約の変更、取り消しは、遅くとも前日の午後8時までにご連絡願います。

カウンセリングについて

(1)カウンセリングは、臨床心理学に基づくものであり医療行為ではありません。
したがって各種保険は使用できません。医療費控除の対象にもなりません。
服薬の判断は、医師の指示に従ってください。
(2)カウンセリングの内容によっては、医師や他の心理士、カウンセラーを紹介する場合があります。
相談内容によっては、カウンセリングをお受けできない場合もあります。
(3)カウンセリング期間中の、相談者の自傷、他害行為などの責任は負いません。
(4)カウンセリング中に、暴力行為、脅迫行為などが発生した場合には直ちにカウンセリングを中断し、
それ以降のカウンセリングは継続できません。

個人情報の保護

利用者の氏名、住所、電話番号、メールアドレス、相談内容、利用状況等
の個人情報を機密として保持し、第三者に漏洩することのないように努めます。
ただし、以下の項目に当てはまる場合は、情報を開示する場合があります。
(1) 法令等により提示が求められた場合。
(2) 本人又は第三者の生命が危険にさらされる恐れがあるとが判断した場合。
(3) 本人により、情報開示の同意を得た場合

予約受付日		2020.11