

カウンセリング承諾書

IVF 詠田クリニック（以下、「当院」）では、カウンセリング依頼者（以下、「クライアント」）にカウンセリング契約をお願いしております。以下の項目についてご確認いただき、内容を了解の上、ご署名ください。クライアントの同意の上でカウンセリングを実施致します。

1. 当院での「カウンセリング」は問題解決を目指した支援であり、医療行為ではありません。しかしながら、カウンセラーが医療による治療が必要だと提案した場合、できる限りそれを尊重してください。

2. クライアントは、原則カウンセラーと約束した（ご予約いただいた）日時にお越しいただきます。ただし、カウンセラーや当院の都合により日程が変更になる場合があることをご理解賜りたく存じます。

3. カウンセラーはクライアントとは私的な関係を持ちません。また、原則としてカウンセリングの時間外での接触はいたしません。

4. カウンセリングで知り得た情報について、カウンセラーはクライアントの了解がない限り、第三者（院内医師、看護師、スタッフなど含む）に口外しません。カウンセラーは守秘義務を遵守します。

5. カウンセラーは、万が一、クライアントに自傷他害の恐れがあると判断した場合は、当院の守秘義務範囲外とさせていただきます、その事実を第三者に知らせることがあります。

6. クライアントが飲酒をしていた場合や、重大な約束違反、または多大な迷惑をカウンセラーあるいは当院にかけようとする事態が生じた場合、カウンセリングの継続が不適切と判断し、当院カウンセリングの利用をお断りする場合があります。

7. カウンセリングの内容を、カウンセラーが指導を受けるスーパーヴァイザーに相談し、指導を受けることがあります。その際、クライアントの名前、会社名、住所など個人を特定できる内容は明かしません。

8. カウンセリングの性質上、クライアント本人の希望であっても、カウンセリング記録の内容は、カウンセリング中ならびにカウンセリング終了後においてもクライアントに開示できません。

9. カウンセリングの内容を、事例検討会や研究会などで発表する際は、クライアントの名前、住所など個人を特定できる内容を明かさず、年齢などの属性についても加筆修正の上で記載します。この件についてどちらかを○で囲んでください。

YES

NO（発表を承諾しません）

10. 次回以降のカウンセリングをよりよい方向に進めていくために、クライアントの許可が得られる場合、録音・録画機器などで面接場面を直接的に記録させていただく場合がございます。なお、記録したものをカウンセラー以外が使用することはございません。この件についてどちらかを○で囲んでください。

YES

NO（許可いたしません）

11. カウンセリングのキャンセルについては、前日の診療時間内までにご連絡下さい。当日キャンセルにつきましては、キャンセル料として1,000円を申し受けます。

12. カウンセリングの開始時間に遅れた場合、時間の延長は原則致しかねます。

IVF 詠田クリニック 院長 詠田 由美
心理カウンセラー 谷尾 易子

上記事項について、同意いたします。

令和 年 月 日

ご署名(夫)

ご署名(妻)

※ 提出していただいた後、クライアント控えとしてコピーをお渡し致しますので、大切に保管してください。