心理療法・カウンセリング契約書

心理療法・カウンセリングに当たって、下記のことをご了承ください。

〇医療機関ではありませんので保険は適用できません。お支払いは全額自費となります。
〇当センターでは薬物の処方はできません。
〇医療機関（精神科、心療内科）に通院されている方は、主治医に心理療法・カウンセリングを受けることをお伝えください。できるだけ紹介状をお願いいたします。
〇お休みされる場合は、予約日の前営業日の朝９時前までにご連絡をお願いいたします。
〇私たちはこころの専門家として次の責務を負い、全うすることを誓います。
　・相談者の秘密を守ります(守秘義務)。
　・いなかる人も差別することなく人権を尊重します。
　・相談者の自己決定を尊重します。
　・心の専門家として自己の研鑽を怠らず、資質向上に務めます
〇クライエントとセンターの安全のために、他人を傷つけたり、器物を破損したり、自殺をするというような自傷他害行為には、法律にのっとった対応をします。守秘義務も自傷他害の虞のある場合はこの限りではありません。

＜オンラインカウンセリングに関する追加事項＞
・差し迫った自他に危害を及ぼす可能性のある行動を取ることを考えている場合、または自他が危険にさらされていると感じている場合、または医療上の緊急事態が発生している場合には対応いたしかねます。直ちに救急や警察、すぐに連絡が取れる方にお知らせ下さい。
・担当者がクライエントの心身状態に医療の必要性が高いと判断した場合には、オンラインカウンセリングの中止、また医療機関の受診をお薦めする場合等がございます。
・オンラインカウンセリングは気が散ることのないプライベートな空間をご準備ください。
・公共／フリーWi-Fi ではないインターネット接続をお願いします。お使いの OS やウィルス対策ソフト、Zoom を最新のものにアップデートをお願いします。

一般社団法人　アスファレス心理センター　宛

以上の点を了承し、申し込みます。

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当　臨床心理士・公認心理師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日