

オンラインカウンセリングのご利用に関して

一般社団法人国際心理支援協会

MEDI 心理カウンセリング大阪

2021年4月22日

MEDI 心理カウンセリング大阪をご利用いただくにあたって、ご利用方法と取り決め、守秘義務などのご説明が以下に記してあります。以下をよくご覧いただき、ご同意いただけるようでしたら、ご署名の上お申し込みください。

[カウンセリングの構造について]

1. 使用するツールは、zoom か skype になります（ご希望をお知らせください）。
2. 1回のカウンセリング時間は約45分としています。原則として時間を延長することはありません。
3. カウンセリング・心理療法は有料です。医療機関ではありませんので、健康保険は適用できません。カウンセリング料金は、以下の表の通りです。料金はいかなるがあっても返金は致しかねますので、どうぞご了承下さい。また、カウンセリング料金以外の物品などはお受け取り致しかねますので、ご遠慮ください。

	平日	土・日祝
10時～18時	7,000円	7,500円
18時～19時	8,000円	8,500円
(時間外) 9～10時/19時～21時	9,000円	9,500円

※① 所得による減免について：各種証明書等をご提示いただいた方[人数限定]は、平日 5,500円、土日祝 6,000円（18時～19時は+1,000円、時間外は+2,000円）。

※② 生活保護受給中の方は、更に減額できる場合があります。

※③ 代表・室長によるカウンセリングをご指定の場合は、+3,000円。

※④ 初回面接は45分の場合、上記の通り。90分をご希望の場合は+3,000円。

お振込み金融機関名：三井住友銀行／支店：南森町支店／口座種別：普通／口座番号：2194491／

口座名義：イッパンシャダンハウジンコクサイシンリシエンキョウカイ（一般社団法人国際心理支援協会）

※お振込み名義人は、なるべくクライアント様ご本人のお名前をお願いします。お振込み名義人とクライアント様のお名前が異なる場合には、お手数ですが、事前にご一報ください。

4. お支払いはカウンセリング日の7日前までに必ずお済ませください。7日前までにお済みでない場合は、カウンセリングを受けられない場合があります（事情があつて送れる場合には、必ず弊所 HP のお問い合わせフォームよりご連絡ください）。
5. 料金の未納が発生した場合は、以下の対応を取らせていただく場合があります。あらかじめご了承ください。
 - 5-① 次回以降のご予約のキャンセル
 - 5-② お電話やメール、文書郵送による連絡
6. キャンセル・変更については、2日前は原則無料、前日キャンセルは料金の50%、当日キャンセルは料金の100%をいただきますのでご了承ください。
7. カウンセリングは通常、1～2回で治る・改善するものではなく、中長期的な見通しを持って定期的に面接を行っていくものです。経済的なご事情によりカウンセリングを受けられる回数が限られている場合などがありましたら、あらかじめその旨をご相談ください。
8. 現在、カウンセリング内容と関係のある治療等を他の機関で受けられている場合、その機関の了解を得た上でお申し込みください。また、ご利用者様の了解のもと、その機関のカウンセラーや主治医と連絡を取らせていただく場合があります。
9. 未成年者がカウンセリングを希望される場合、保護者の文面でのご同意が必要となっております。場合によっては、直接お

電話か口頭でご同意の確認を取らせていただく場合があります。

10. ご相談内容やお越しいただける曜日・時間帯などの都合により、継続のセラピストは初回と異なる可能性があります。ご了承ください。

11. 各種専門心理療法（EMDR などトラウマセラピー、認知行動療法、マインドフルネス認知療法等）について

11-① 1 回の時間は 45～90 分の設定で、方法によって異なります。原則として時間の延長をすることはありません。

11-② 料金は以下の表のとおりです。通常開室時間（10 時～19 時）以外は、時間外料金として 1,500 円追加されます。

11-③ キャンセル・変更については、2 日前は原則無料、前日キャンセルは 5,000 円、当日キャンセルは料金の 100%をいただきますのでご了承ください。

45 分	90 分
<u>10,000 円</u>	<u>15,000 円</u>

[インターネット通信が安定しない場合の対応について]

1. オンラインでのカウンセリングの場合、弊所では、最善のインターネット環境にてサービスを提供しますが、自然災害や各インターネット会社による通信不備など、やむを得ない理由によりオンラインでのカウンセリングが困難になった場合には、電話でのカウンセリングに切り替えをさせていただく場合があります（電話番号につきましては、必要な場合にメールにてお伝えします）。あらかじめご了承ください。※通話料はクライアント様のご負担となります。

[ご利用者様のプライバシー保護について]

1. 臨床心理士・公認心理師の守秘義務に基づいて、ご利用者様のカウンセリングの相談内容についての秘密は厳守いたします。ご利用者様のご同意がない限り、他の方に個人的な情報をお知らせすることは原則としてありません。ただし、以下の項目に該当する場合には、ご利用者様や周りの方を守るために、適切な人や機関に知らせることがあります。

(1)法に従って証言の義務が課せられる場合

(2)ご利用者様自身や他の方に傷害や死などの恐れがある場合

2. 臨床心理士の業務として、カウンセリングや心理査定(心理テストを含む)、地域援助のほか、研究が挙げられています。ご利用者様のカウンセリングについて、ご利用者様が特定されないように内容を変更し、プライバシーが厳密に保護される状態で、専門の学会や研究会、学会誌などの専門誌などで、ご利用者様へのよりよいカウンセリングのあり方について専門家によって検討されることがありますので、ご了承ください。

[カウンセラーへの直接連絡について]

1. カウンセリングはカウンセラーとクライアントという関係性において効果を発揮します。ご予約されたカウンセリング以外の時間に、予約に関するやり方以外でのカウンセラーとのやりとり（たとえば、対面、メール、フェイスブックなどの SNS 等）は対応させていただくことがいたしかねますので、あらかじめご了承ください。

以上、ご質問等ありましたらお気軽にお尋ねください。全てご同意いただけるということでしたら、下記に直筆での署名をお願いいたします。

日付 20 年 月 日

以上の内容について同意します。 署名

カウンセリング用問診票 記入日 20 年 月 日

1. 今日はどんな理由で来られましたか。主な悩み・困っていることなど、相談したいことをお書きください。

()

2. (心理的な悩み・身体的な悩みの方のみ) 特に、現在どのような症状がありますか？

()

3. (心理的な悩み・身体的な悩みの方のみ)ここに来られる前に、この悩みで心療内科や精神科や内科などを受診されましたか？
または、他のカウンセリングルームに行かれましたか？あてはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

(1)心療内科・精神科・神経科に行った。(病院名： 診療科： 医師名：) ・行っていない。

*通院中の場合は、主治医の了解を得てください。

(2)内科や耳鼻科など(1)以外の診療科で検査を行った。(病院名： 診療科： 医師名：)

(3)他のカウンセリングルームに行った。(差し支えなければ、カウンセリングルームの名前：)

(4)その他(1)～(3)以外で相談に行った。()

4. これまで大きな病気(身体疾患)や精神疾患と診断されたことや、入院されたことはありますか？

・ある(疾患名：) ・ない

5. 現在お薬を服用していますか(できるだけ詳しく、お薬の名前・用量・錠数もわかればお書きください)。

()

6. あなたの家族構成についてお教えてください。

()

7. その他、備考欄

()

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳) 職業： _____

(未成年の場合)保護者名： _____ (紹介の場合)紹介者： _____

住所： 〒()-()

電話番号： _____

E-mail アドレス(携帯電話・PC)： _____

*ここに記載された個人情報は、カウンセリング・研究のために使用するもので、それ以外の目的で使われることはありません。

