

セラピーを受ける上での重要事項、および、同意書

依頼者(セラピーを受けられる方。以下「クライアント」と称す)の方には、思考場療法(以下、「TFT」と称す)を用いたセラピー受診に際し、以下の点に同意していただきます。

- 守秘義務および情報開示について

セラピストには、クライアントに関する個人情報に対し守秘義務があります。ただし、クライアント自身または他の人に危険をおよぼす可能性がある時、人命に関わる時、法律で義務付けられた情報開示が必要な時、医師ならびに他の専門家と協力する必要がある時、その他緊急を要する時には、セラピストの判断において、必要最低限の範囲で、情報を開示する場合があります。

- クライアント以外の方の同意が必要な場合

次の事項に該当する方には、クライアント以外にも同意を必要とする方のご署名をお願いすることもあります。

- ー 未成年の方の場合における保護者の方もしくは後見人
- ー ご家族のご同意が必要と判断された方
- ー 症状により介助が必要であり、介助者のご同意が必要と判断された方

なお、セラピーを行う上で得られる情報については、ご家族に対しても守秘しますが、ご家族の方、または、後見人、または、介助者のご協力が必要な場合には、必要最低限の範囲でお話することがあります。

- セラピー実施中の音声記録について

セラピーは、その性質上、かなり個人の事情に立ち入った話題が出てくる場合が多くなることから、セラピストとクライアントが1対1で、なおかつ、密室で実施する場合があります。この為、後日に双方の誤解とならないようにすること、ならびに、正確なカルテ作成の手助けとする目的で、セラピー実施中の音声記録の許可をお願いしています。ただ、音声を残す事に抵抗のある方は、その旨、お伝えください。また、許可いただける場合は、文末の署名の際に、「セラピー中の音声記録に同意します。」部分のチェックボックスに、チェックを入れていただきますようお願いいたします。また、記録した音声については、セラピスト側で、パソコンとは独立したハードディスク上に、暗号化した上で安全に保管いたします。

- セラピー実施の中断

セラピー実施の途中で理由もなく中断することはありません。しかし、改善が見られない場合、セラピー実施のご協力が得られない場合、他の専門家へ委託した方がよいと判断された場合など、クライアントのために中断が適切だとセラピストが判断した場合には、ご説明の上でセラピーを中断することがあります。

- セラピー時の内容の公開
セラピー実施によって得られた情報は、守秘義務により守られます。ただし、症例研究(TFT 専門家含むその他心理療法に関わる専門家との情報共有)、論文等の学術雑誌投稿、書籍出版、ホームページでの事例紹介など、個人が特定できない範囲の情報について、ご本人に断りなく、利用する場合があります。個人が特定できない範囲であっても公開を控える事を希望される場合は、その旨、お伝えください。また、利用の許可をいただける範囲についてもご指定をお願いします。
- 損害賠償請求権の放棄
TFT は、独特なセラピー手法から、副作用はないと言われていました。しかしながら、見えている問題が解決することにより、それまで隠されていた問題が表に出てくる場合があります。また、効果が非常に高いことから、問題となっている事象そのものについて考える事ができなくなる場合もあります。この事象をご理解いただき、発生するいかなる事象に対してもクライアントおよびその関係者が、セラピストに対し、いかなる損害賠償も請求しないことをお約束いただきます。
- 薬の服用についての注意事項
薬を服用中の方は、症状が改善されても、調整は必ず医師の指示の元で行ってください。自身の判断で薬を調整することは大変危険です。
- セラピー費用のお支払いについて
費用は、セラピー実施時に、現金払いにて頂戴いたします。電話での対応の場合、予約時に口座振込みにてご入金いただきます。
- 症状が戻った場合の対応について
セラピー実施後において、接種するもの(食べ物や香り)によっては、解決した問題および症状が戻る場合があります。問題および症状が戻った場合、接種したものをメモ等の記録に残し、セラピストに連絡するとともに、再度、セラピーの受診をしていただきます。この際、通常セラピー同様に、実施時間に応じた費用を頂戴いたします。

ハート・リッチ・クリエイティブ
TFT 上級セラピスト 桑野 満博

クライアントは、セラピストから、「セラピーを受ける上での重要事項、および、同意書」に記載の事項の説明を受け、記載事項に同意した上でセラピーを受けます。

クライアント 日付： 年 月 日
住所：〒

氏名： 生年月日： 年 月 日

電話番号(携帯可)：

同意事項	・セラピー中の音声記録に	<input type="checkbox"/> 同意します。	<input type="checkbox"/> 同意しません。
症例の公開許可	・専門家間の症例研究範囲での公開に	<input type="checkbox"/> 同意します。	<input type="checkbox"/> 同意しません。
	・論文等の学術雑誌への投稿に	<input type="checkbox"/> 同意します。	<input type="checkbox"/> 同意しません。
	・書籍等の出版物での事例紹介に	<input type="checkbox"/> 同意します。	<input type="checkbox"/> 同意しません。
	・ホームページでの事例紹介に	<input type="checkbox"/> 同意します。	<input type="checkbox"/> 同意しません。

(必要な場合) 日付： 年 月 日
保護者/ご家族/
後見人/介助者 住所：〒

氏名： 生年月日： 年 月 日

電話番号(携帯可)：