

ながら心理相談室
情報共有に関する同意書

利用者氏名

生年月日

ながら心理相談室に勤務する臨床心理士／公認心理師が、心理療法で知り得た上記利用者に関する情報を、以下の目的において、以下の機関と情報共有することを許可し、それに同意します。

目的：

共有内容：

援助期間（開始と終了）

アセスメントと方針

心理療法の経過

その他 _____

情報交換機関（機関名、住所、電話番号、窓口担当者名）：

本同意書の内容について、了承しました。

____年 ____月 ____日

利用者署名

印

※未成年の場合には、保護者による署名

印