

戸倉 好実 (代表)
(070) 8411-7559
arigatobeat@gmail.com

年 月 日

申込書/同意書

可能な限り空欄のないようご記入をお願いします。以下の情報は、患者/クライアント/生徒様 (以下「クライアント」と記す) について理解を深めるために重要なものとなります。ご質問はお気軽にお問い合わせください。

I: クライアント個人情報

名前 _____ 性別 (男・女・その他 (自認している性別 _____))

生年月日 西暦 _____ / _____ / _____ 年齢 満 _____ 歳

〒

住所 _____ (都道府県) _____ (市区町村郡)

自宅電話番号 _____ 携帯 _____ 留守電 (可・不可)

職業 _____ 職場連絡先 _____ 職場への連絡 (可・不可)

〒

職場住所 _____ (都道府県) _____ (市区町村郡)

結婚歴 (独身 既婚 同居 別居 離婚 死別) 配偶者/パートナーの名前 _____

生年月日 西暦 _____ / _____ / _____ 年齢 満 _____ 歳

子供: 氏名 _____ 年齢 満 _____ 歳 同居している (はい・いいえ)
氏名 _____ 年齢 満 _____ 歳 同居している (はい・いいえ)

家族や友人を含め、クライアントのサポートに携わっている人物(複数名回答可)

緊急連絡先代表者名 _____ 電話番号 _____

関係 _____ 緊急連絡先 _____

どのように音楽療法を知りましたか? 紹介状の有無 (有・無)

II: 罹患履歴・過去に受けた治療やセラピー

1. 過去に精神科医や理学療法士、または音楽療法士による治療やセラピーを受けたことがありますか？

【はい・いいえ】

2. II-1.で「はい」と回答した方:治療・セラピーを受けた理由をお聞かせください。

3. 上記の治療は役に立ったと感じますか？ 【はい・いいえ】

4. 過去、または現在の体調で気になることがあれば以下に全てご記入ください。

5. 現在薬の服用はしていますか？ 【はい・いいえ】

6. 「はい」と回答した方:服用中の薬名と服用頻度を全て記入してください。

III: 現在の疾患と診断書/処方箋について

1. セラピーを検討している理由をお聞かせください。

診断名や疾患: _____

理由: _____

2. どのくらいの期間、その疾患/状況について悩んでいますか？

3. 本疾患の原因につながったと思われる、または関連性がある出来事や問題について、できるだけお聞かせください。(例:恋人と別れた、トラウマとなった出来事があった、家族との死別、生まれつきの障害がある、等)

4. 過去に上記の問題対処について上手く行ったことや、何か役に立ったことがあればお聞かせください。

5. 現在、抱えている全ての症状を、以下の該当項目全てにチェックしてください。

- 過食/拒食 落ち着きがない 動悸 呼吸困難 自殺願望 自傷行為 発汗
 恐怖症 (例: 高所恐怖性 _____) 心配性である 不安に苛まれる
 突然に泣き出すことがある 感情の起伏が激しい(急にキレたり怒るなど) 攻撃的な態度 震え出すことがある
 猜疑的・疑り深い ひきこもり (期間: 年から 年 ヶ月) 抑うつ感・鬱症状 だるさ、倦怠感、疲労感
 体力がないと感じる (物事に対する)興味や意欲の低迷 すぐに気が散る 集中することが困難
 自分なんていなくなればいいと思うことがある (自尊心が低い) 自分が無価値だと感じる
 最近顕著な体重の増減があった 胸が痛む 体に痛みを感じる (部位: _____)
 めまい・立ちくらみがする てんかん 発作・アナフィラキシーショック
 消化器官の問題 (例: 過敏性胃腸炎 _____) 筋緊張・筋肉のこわばり
 寝つきが悪い、眠れない 睡眠欲の減退(寝たいと思わない) 悪夢を見る 過眠
 執着・こだわりが強い 強迫的行動 (何かに取り憑かれたような行動をとる)
 性欲減退・性機能障害 過度な飲酒 麻薬の使用または使用していた (III-6.へ記入してください)
 家族の問題がある 家庭での生活に問題がある (詳細: _____)
 家庭内暴力を受けている または受けていた 夫婦間の問題がある
 幼少期のトラウマがある 経済的な問題を抱えている 愛する人との死別 (それはいつですか? _____)
 学校生活で問題がある (いじめ 不登校 その他 _____) 職場での問題 その他トラウマとなり得る経験がある
 その他 _____

6. 使用している以下の嗜好品、または薬物にチェックをつけてください。

- 飲酒 喫煙 (医療用含む) 大麻 覚醒剤 コカイン 鎮痛剤(アスピリン、イブプロフェン、モルヒネなど含む)
 その他 _____

6. その他に、何かセラピストへ共有したいことがあればご自由にご記入ください。

7. クライアントの音楽経験や音楽の好みについて、できるだけ詳しくお聞かせください。

(例: ピアノの音を聞くのが好き・〇才の頃にバイオリンを習っていた・バンド名〇〇のファンである・ビートルズのLet It Beがお気に入りの曲である・〇〇という曲をよく口ずさむ等)

治療/介在の承諾Authorization for Treatment

守秘義務:

§ 本申込書/同意書へ記入された全ての情報、また臨床中に発生した如何なる事象(セッションの進捗内容やクライアントとの会話・演奏内容等)は個人情報として守秘され、クライアント本人、または保護者の正式な書面による同意なしに開示されることはありません。

但し以下の特例として、当該音楽療法士は適切な機関へ情報提供をすることが、定められた法令により義務付けられています。

- ・クライアントが虐待やネグレクトを受けているという事実や可能性があった場合
- ・クライアントに自傷行為や自殺行為、または他人への暴力の事実や可能性が見つかった場合
- ・クライアントの生命が脅かされるような、外因的な危険が迫っているとき
- ・クライアントが他人の生命を脅かす事実や可能性があった場合

録音/録画の承諾と閲覧の権利:

§ 音楽療法の世界標準と法令に基づき、Arigato Beatで行われる臨床は全て録音、または録画されます。クライアントまたは保護者は、当該クライアントの録音/録画内容や臨床の報告内容をいつでも閲覧する権利があります。

但し、担当セラピスト_____が記録内容の提示を何らかの理由により危険だと判断した場合、クライアント本人または保護者であっても提供をお断りすることがあります。

§ 担当セラピスト_____により、その他医療チームへの情報提供がクライアントの向上につながると判断された場合、録音/録画内容や臨床の記録内容を提示することがあります。

§ 上記の内容以外に、担当セラピスト_____が何らかの理由で危険を判断した場合、クライアントの要求に拘らず、適切な機関(警察・監査機関・医療従事者・法律事務所等)へクライアントの情報を開示することがあります。

□ Arigato Beatで行われるセッションが録音/録画されることについて同意しました。

支払いについて:

お支払いは公式ウェブサイトwww.arigatobeat.comにて予約後に決済をお願いします。
対面セッションを希望の方は現金での支払いも可能です。

注意事項:

§ セッションが10分以上を超えた場合、超過分の代金を請求することがあります。請求書は登録されたEメールアドレスまたは郵便にて送付されます(請求方法の詳細は電子通信における規約を参照してください)。

§ Arigato Beatの臨床は保険適用外です。保険の請求業務も一切行なっていません。

§ 領収書の発行は決済完了ページより印刷をしてください。不明点はお問合せフォームよりご連絡ください。

予約とキャンセルポリシー:

§ 通常の予約は1セッションにつき30～45分間です。

※セッション時間の長さはクライアントひとりひとりのニーズに合わせて担当音楽療法士より変更されます。審査後のカウンセリングの際に、担当音楽療法士よりご案内をいたします。

§ やむを得ずセッションを欠席する場合は、Arigato Beatウェブサイトよりキャンセル手続きを行なってください。予約時間から24時間を過ぎるのキャンセルは、一切返金できかねますのでご注意ください。

成功へのコミットメントSuccessful Outcomes:

§ クライアントの向上は、臨床中での本人の努力ややる気次第です。Arigato Beatはクライアントのサポートに全力を尽くしますが、治療の完治を保証することはできません。

§ 担当セラピストは、クライアントのニーズや目的にあった臨床を各セッション毎に準備します。セッション内容についての進捗や過程に疑問があった場合は、担当セラピストへお尋ねください。

§ 万が一、音楽療法が自分に合っていないと感じたり、不明点がある際は担当セラピストへお知らせください。

臨床の終了・終結、その他の連携サポートについて:

§ 初回もしくは初回から数セッション後、音楽療法の介入がクライアントに合っているかどうかを審査します。セッション参加可否の結果については担当セラピストの判断となり、もし音楽療法が志願者に適切ではないと判断された場合は、臨床を提供することができませんので、予めご了承ください。

§ 何らかの理由により音楽療法が志願者に適切ではないと認められた場合、クライアントのニーズにより合った療法の紹介や、他の医療従事者への斡旋を紹介状にて行うことがあります。

§ Arigato Beatでの音楽療法セッション実施中に、当該臨床がクライアントの向上に繋がらないと担当セラピストより判断された場合、クライアント本人またはご家族と相談の上で臨床の終了をすることがあります。クライアントのニーズにより合った療法の紹介や、他の医療従事者への斡旋を紹介状にて行うことがあります。

§ 他の医療機関や医療従事者による正式な書面での要求があった場合、担当セラピストの変更を承ります。

§ クライアントが、他の医療従事者や療法士との相談・意見交換を希望した際、担当セラピストより本人に合ったプロフェッショナルを探すお手伝いをすることがあります。その際に、クライアントの過去のセッション記録や情報提示を行いますので、予めご了承ください。

§ クライアントは本人が希望する限り、いつでも臨床を終了する権利があります。担当セラピストの判断により、ニーズにより合った療法の紹介や、他の医療従事者への斡旋を紹介状にて行うことがあります。

不明点・ご質問があればご自由にご記入ください。

上記、すべてに承諾・同意しました。

氏名 印

西暦 年 月 日

親族または保護者 印

西暦 年 月 日

Arigato Beat 音楽療法士 印

西暦 年 月 日