



カウンセリング同意書

私は、アーユルヴェーダカウンセリングを受けるに当たり、以下の内容を理解した上で、カウンセリングを受けることを同意、承諾します。

1. 私個人の責任の下に、安全に注意を払い、カウンセリングを受けることを承諾します。
2. アーユルヴェーダカウンセリングは医療行為ではありませんので、保険適用にはなりません。
3. 既にアレルギー体質の方、負傷中の方、疾病中の方、妊娠中の方、先天的あるいは後天的な理由で、身体機能の一部に障害をお持ちの方は、事前に主治医と相談した上で、予約時に申告することを承諾します。
4. 万が一、体調などに異常が生じた場合は、直ちに主治医に相談することを承諾します。
5. カウンセリングに参加中、無断でカウンセリング内容や指導内容を録画・録音、外部アプリを使ってダウンロードすることは禁止であることを承諾します。
6. クライアントが未成年の場合、保護者が代わって同意します。
7. クライアントの個人情報の保護について、カウンセリング内容についての秘密は固く守られます。
8. より適切なカウンセリングができるように、他のアーユルヴェーダドクターに指導助言を受け場合があります。その場合、指導を受けるために事例は個人が識別されない状態で行います。

私は上記事項に同意し、万が一異常が起きても意義の申し立ては致しません。
また、カウンセリングを受けるにあたっての、一切の責任は私自身が負うものとします。

日付 年 月 日
署名