



サービス利用同意書

この同意書は、知能発達検査室（以下、当検査室）をご利用いただくにあたり、あらかじめご承諾いただきたいことを事前説明するためのものです。各項目ご同意いただけましたら利用者様の署名等をご記入ください。

■ サービスの利用者

当検査室のサービス（検査・フォロー面談・カウンセリング等）は、日本国内在住の方のみを対象としています。ご利用いただく場合は予約が必要となります。利用者が18歳未満の場合は原則保護者の同意が必要です。

■ 時間と料金

知能検査・発達検査・心理検査	¥48,000～58,000(税別)	120分程
フォロー面談（カウンセリング）	¥12,000(税別)	50分

ご予約の時間に遅れた場合、時間の延長や料金の減額等の対応はできません。また、検査・フォロー面談・カウンセリング料金は医療保険ならびに医療費控除の対象ではありません。

■ 予約のキャンセルと変更

ご予約のキャンセルまたは変更は、お電話もしくはLINE公式アカウントにてご連絡ください。予約のキャンセルまたは予約変更される場合、キャンセル料がかかる場合がございます。（無断キャンセルの場合は料金の100%をキャンセル料としてお支払いいただきます）。また、ご自身の傷病の発生、事故・災害など不測の事態の発生時を除きます。

前々日までにご連絡（17時まで）	キャンセル料はかかりません。
前日のご連絡（17時まで）	料金の50%
当日のご連絡（17時まで）	料金の100%

連絡先

お電話の場合 070-3409-7900

LINEの場合 トーク画面から予約変更・キャンセルの旨をお伝えください。

※連絡日が休業日の場合はその前日迄にご連絡ください。

■ 守秘義務と個人情報保護

サービス利用時にお話いただいたことは、相談記録をいたしますが相談者の同意を得ず第三者（ご家族を含む）に知られることはありません。個人情報は適正に管理し、目的外の使用はいたしません。ただし以下の場合を除きます。

- 関係機関もしくは主治医等との連携が必要と判断された場合。
- 裁判所からの開示命令など、法律に基づく場合。
- 自傷・他害等の行為から危機的状況に陥る可能性がある場合、相談者の身の安全を確保する必要がある場合。

■ 研究活動

当検査室では、相談活動の改善と支援効果向上を図るために調査研究活動を行っています。その際、相談記録を個人が特定されないよう匿名化した保有情報を用い、学会や研究会にて報告や発表を行うことがあります。なお、検査・フォロー面談・カウンセリングを通して得られた情報を研究活動で使用することに同意できない場合は、その旨をお伝えください。同意できない場合であっても、当検査室のサービスを利用いただくにあたって、ご本人が不利益を被ることはありません。

■ 安全にご利用いただくために

当検査室内外において、他の利用者やスタッフの安全が阻害される行為や言動があった場合には、利用を停止することがあります。安全を阻害される行為の例として、以下の行為があげられます。

- 威圧的・攻撃的・業務妨害的な言動、暴力行為
- つきまとい行為
- その他、利用者・スタッフの迷惑となる行為

上記の内容について理解し同意します。

利用者氏名： _____

記入日： _____ 年 ____ 月 ____ 日

（利用者が18歳未満の場合）保護者氏名： _____

続柄： _____