

TF-CBT コンサルテーション 参加同意書

私は、下記の事項に同意した上で、TF-CBT コンサルテーションに参加いたします。

1. 本人および親権者などの同意を得た上で TF-CBT を実施します。
2. 本人および親権者などから書面で同意を得た上で、その治療内容をコンサルテーション時に供覧します。兵庫県こころのケアセンターの研究に協力する場合は、TF-CBT の前後（約 1 ヶ月）に実施したアセスメントデータ（UCLA-心的外傷後ストレス障害インデックス（DSM-5 版）、CGAS）を、当センターで実施する「TF-CBT コンサルテーションの効果研究」のために提供することについても、あわせて書面で同意を得ます。
3. 治療内容を供覧するに当たって、所属する機関の長の承諾を得ます。
4. 治療内容を供覧する際には、匿名性に十分な配慮をします。
5. やむをえない理由がない限り、設定されたコンサルテーションに参加します。
6. コンサルテーションでのトレーナーの助言や議論をもとに、私の責任において TF-CBT を実施いたします。
7. TF-CBT 実施中に、本人や家族に何らかの有害事象が生じた際に、兵庫県こころのケアセンター、ならびに、TF-CBT トレーナーにはなんら責任が生じないことを理解しています。

令和 年 月 日

所属

参加者氏名

印

守秘義務に関する同意書

私は、TF-CBT コンサルテーションに参加するにあたり、コンサルテーションで開示された個人情報に対する守秘義務を遵守し、如何なる方法をもってしても発表者の許可なく開示、漏洩、使用しないことに同意します。

令和 年 月 日

所属

参加者氏名

印

所属長の承諾書

私は、下記の職員が、本人および親権者などから書面で同意を得た上で、その治療内容を兵庫県こころのケアセンターが開催する TF-CBT コンサルテーション時に供覧することを承諾いたします。

令和 年 月 日

所属

参加者氏名

所属長氏名

印