

雲林縣衛生局社區心理衛生中心-心理諮商個別諮商同意書

1. 原則上與臨床/諮商心理師最多進行 10 次會談，諮商時間預約流程排序，每次 50 分鐘為原則，如有特殊情形再加以調整。
2. 諮商地點於本縣各鄉鎮市衛生所個別諮商室。
3. 若因故不能出席，請務必於會談前 24 小時以電話或親自前來告知。
4. 諮商治療中若心理師或您需要錄音、錄影，一定事先取得您或心理師的同意，且填寫同意書，錄音(影)內容將會被保密尊重，您或心理師有權拒絕。
5. 諮商時來談資料或錄影(音)資料，將會以極機密方式處理和保管（並依心理師法規定在您會談結束後十年完全銷毀）。
6. 只有在取得您的同意時，才能向必要之對象說明有關您的資料；但請特別注意，在下列情況之一，

★本中心必須知會相關人員：

- a. 在來談者(您)有危及自己及他人生命、自由財產及安全時。
 - b. 涉及法律責任時，如牽涉性騷擾防治法、性別平等教育法、兒童少年福利法等。
 - c. 若您是未滿 18 歲的未成年人，本中心會以您的最佳利益著想，並尊重父/母/監護人的合法監護權，需要時，父/母/監護人有權瞭解會談相關訊息。
 - d. 若您是身分為學生，必要時轉知學校輔導中心，協助轉介，以利學校介入。
 - e. 在心理師接受專業督導時，將與督導討論或邀請督導一同觀察其過程(以單面鏡、現場、回溯…等方式)。
7. 若您無故未到達 2 次，將取消諮商服務，待有需要再申請，將由心理師與您確認終止諮商服務之必要，以維護基本諮商架構與效益。

☐ 我已充分閱讀以上的個別諮商說明書，對於個人的基本權益已有所知悉。我同意接受心理諮商輔導中心安排的個別諮商會談。

☐ 因尚未年滿 18 歲，身為其父母/監護人，我同意他/她接受正式個別諮商服務。

* 簽妥後，請將同意書正本繳交給衛生所承辦人員，以利衛生局備查！

父/母/監護人身分證字號：

父/母/監護人簽名：

當事人簽名：

心理師簽名：

日期：111 年 月 日