

医師同意書

emolカウンセリングサービスの利用に関する医師の同意

下記の通り、当該患者様が御院に通院中であることを確認のうえ、当社が提供するオンラインカウンセリングサービスの利用について、患者様の支援を妨げない範囲で実施されることにご同意いただけるかご確認をお願いいたします。

【サービス情報】

サービス名	emolカウンセリング
運営会社	emol株式会社
カウンセリング実施者	公認心理師資格保有者
サービス内容	1回30分程度のオンラインにて認知行動カウンセリングの実施
実施頻度	週1回～月1回(必要に応じて調整)
提供目的	日常生活における心理的支援、対処スキルの強化、生活の質の向上等 診療や医療行為を行うものではありません。

【患者様情報】

氏名: _____

生年月日: _____

通院中の診療科・疾患名(任意): _____

【同意事項】

以下の内容をご確認の上、該当する箇所にチェックをお願いいたします。

- 私は、上記の患者が現在、私の医療機関において精神科・心療内科等の診療を受けていることを確認しました。
- 上記のオンラインカウンセリングサービスの内容について理解し、患者の支援を妨げない範囲での利用について同意します。
- 必要があれば、心理師との情報連携を行うことを拒みません(任意)。

【医療機関・医師情報】

医師氏名: _____

医療機関名: _____

診療科: _____

電話番号: _____

所在地: _____

署名: _____

記入日: ____年__月__日

※本同意書は患者様のサービス利用にあたり、医師との連携の一環として取得しております。

※本書の内容に関してご不明点がある場合は、下記までご連絡ください。

連絡先: emolカウンセリング(運営事務局) support@emol.jp