

ヒプノセラピー同意書

わたくし、 _____ は、
これから受けようとしているサービスは診断や治療ではないことを理解しています。ヒプノセラピーは標準的な医療処置に置き換わるものではなく、私が認識している否定的な感情と、否定的な思い込みを開放するのが目的であることを理解しています。

ヒプノセラピーは強いリラック感を想像するために役に立ったり、ストレスの軽減を促進するためのものであり、何か治療する為に行なわれる医療行為ではないことを理解しています。

ヒプノセラピーを使ったセッションは、決して従来薬の代用にはならないことを理解しています。

私はセラピストと呼ばれる人が私自身の自然な治癒力を引き出すために、私自身の視覚、聴覚、体感覚のイメージを引き出したり、リラクゼーションという状態に誘導することを許可します。

私はセラピーを受けるにあたり、肉体的あるいは精神的に起こりえる現象について当セラピールームの説明によって十分理解しており、セラピーセッションの際に不意の事故が起こっても意義の申し立ては致しません。

私は心臓疾患、統合失調症、双極性感情障害ではありません。

名前 _____

住所 _____

電話番号 _____

署名 _____

署名年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日