ケースレポート

|  |  |
| --- | --- |
| 題　名 |  |
| 氏　名 |  |

本ケースのスーパービジョン（SV）について記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| スーパーバイザー名※ |  | 登録番号※ |  |
| SV期間・回数 | 　　年　　月　　日　〜　　年　　月　　日　　合計：　回 |

※認知・行動療法学会が認定する認知行動療法スーパーバイザーに限ります

ケースレポートの意義を損ねない範囲で、個人が特定されないようプライバシーが保護されているか、また、説明と同意が得られているかに関して、以下の項目で確認してください。

【プライバシー保護について】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1．個人を特定可能な氏名，イニシャルまたは「呼び名」を記載していない。 | □いいえ | □はい | □非該当 |
| 2．生活史に関連する固有名詞(地名，社名や学校名)はアルファベットを用いている（A 市，B社，C施設など）。  | □いいえ | □はい | □非該当 |
| 3．特に必要がない場合は，実年齢は記載せず，○歳代等と表示している。 | □いいえ | □はい | □非該当 |
| 4．日付については，年を X 年とし，X＋1年，X－1 年といった記載を用いている。 | □いいえ | □はい | □非該当 |
| 5．診断・治療・相談を受けている場合，その施設名ならびに所在地を記載していない（C 病院，D 市などとする）。 | □いいえ | □はい | □非該当 |
| 6.検査（検査用紙・画像）等に含まれる症例を特定できる氏名や番号などを削除している。 | □いいえ | □はい | □非該当 |
| 7.個人が特定されうるような記載（特定の発言や癖，行動特徴，国籍，スポーツや芸術の功績等）はない。 | □いいえ | □はい | □非該当 |

【説明と同意について（どちらかが「はい」であることが必要です）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象となる個人に対し，ケースレポートの目的・意義，報告する内容について本人が理解できるように十分に説明し，同意を得ている。 | □いいえ | □はい |
| 未成年者，成年被後見人，被保佐人及び被補助人が，個人情報の取り扱いに関して同意したことによって生ずる結果について判断できる能力を有していないなどの場合は，親権者や法定代理人等から同意を得ている。 | □いいえ | □はい |

（※別紙【「認知行動療法師」申請書類一式】内の「ケースレポート作成要領」を参照）