



SATO メソッド（気功）初回同意書

INFORMED CONSENT / FIRST SESSION

この同意書は、SATO メソッドの施術内容と安全上の境界を事前に確認し、ご本人の意思で体験を選んでいただくためのものです。分からない点は署名前にお尋ねください。

1 施術内容

ベッドに横になっていただき、気功師が基本的にタオル越しで下腹部（下丹田）へ手を当てます。触れる位置と時間は、施術前に説明します。

能力開発研究所では、この働きかけを「気を送る」と表現します。呼吸、重心、温かさなどの身体感覚と一緒に観察する研究的な体験です。

2 医療行為ではないこと

SATO メソッドは、病気の診断、治療、投薬を目的とする医療行為ではなく、特定の健康効果や能力向上を保証するものではありません。

通院中、妊娠中、医師から施術を控えるよう言われている場合や体調に強い不安がある場合は、予約前に医師または適切な医療機関へご相談ください。

3 触れる位置・時間の変更と中止

触れることへの不安や違和感がある場合は、施術前・施術中を問わずお知らせください。位置・時間の変更、タオルの追加、施術の中止を申し出られます。

同意書へ署名またはオンライン送信した後でも、同意を撤回できます。撤回によって不利益な扱いを受けることはありません。

4 当日の安全確認

当日は、施術を始める直前に体調と同意内容を改めて確認します。体調、皮膚の状態、痛み、手術歴など、安全に関わる変化があれば必ずお知らせください。必要に応じて内容の変更または中止を提案します。

5 任意の観察は別に確認します

脳波または指先の毛細血管の観察は任意です。希望しなくても SATO メソッドを受けられます。観察を希望する場合は、目的と方法を当日に別途確認します。観察結果は医療的な診断や健康状態の判定には使用しません。

☐ 任意の観察について： ☐ 当日相談する ☐ 希望を検討する ☐ 希望しない

6 個人情報と同意記録

氏名、同意内容、同意方法、同意書の版、回答日時、同意受付番号を、安全管理、同意確認、問い合わせ対応のために利用します。オンライン同意記録は、体験日または最終連絡日から5年間を保管の目安とします。詳しくは公開中のプライバシー案内をご確認ください。

7 必須の確認

- ☐ SATO メソッドが医療行為ではなく、診断・治療や特定の効果を保証しないことを確認しました。〔必須〕
- ☐ ベッドに横になり、基本的にタオル越しで下腹部（下丹田）へ手を当てることを確認し、同意します。〔必須〕
- ☐ 触れる位置・時間の変更や中止をいつでも申し出られ、同意を撤回できることを確認しました。〔必須〕
- ☐ 個人情報と同意記録の利用目的・保存について確認しました。〔必須〕

8 署名

上記の説明を読み、質問する機会があり、内容を理解したうえで SATO メソッドの施術に同意します。

同意日	20 年 月 日
氏名（自署）	
同意方法	☐ オンライン ☐ 当日紙
同意受付番号	SC-

研究所確認欄：説明者

当日再確認 ☐ 済 確認日 年 月 日