

点滴注射療法同意書

くぼたクリニック松戸五香 院長殿

私は医師から点滴療法に関し、予測される治療の効果と副作用及び治療期間並びにかかる費用について、よく理解し納得いたしましたので、下記の内容で点滴療法を受けることを同意いたします。

※ 点滴注射療法の種類(高濃度ビタミンC点滴 マイヤーズカクテル点滴

グルタチオン(美白)点滴 プラセンタ注射

ダイエットサポート注射 マイルドにんにく注射

ストロングにんにく注射 その他)

※ 副作用 稀ではあるものの発疹、頭痛、腹部の不快感等、ごく稀に

アナフィラキシー症状が引き起こされる場合があります。

心臓疾患、重度の高血圧、腎不全の方、血栓症の疾患がある方は点滴を受けることができない場合があります。

プラセンタ後は献血ができなくなります。

※ 施術申し込みにあたっては患者様の正確な情報を医師にお伝えください。

施術をお受けになる患者様へ

当院では現在の医療技術に照らして一般的に効果的かつ安全と判断されている施術方法を選択しておりますが、患者様におかれましては、治療の効果だけでなく副作用が生じる場合のあることや、個人の体質、状態などにより治療の効果が表れにくい場合があることもご理解頂き、施術にあたっては、上記の当院からのご説明をよくお読みになった上で、患者様自身のご判断で施術を受けられるかどうかお決めください。また副作用の発症の有無や治療効果について患者様と当院で主観、客観的な見解の相違が生じる場合は当院の適切な施術及び施術後の経過であると判断する場合には、治療費の返還には一切応じられませんので、その点予めご了承ください。

※ 予約のキャンセルについて

点滴については完全予約制となります。

大変申し訳ございませんが現在ご予約が取りづらい状況のため、

予約時間 10分経過されますとキャンセル扱いになりますのでご了承ください。

また今後のご予約が取りづらくなる場合がございますので、ご注意願います。

私は、以上の書面の内容を十分に理解し、また本施術に関する医師の説明を受け納得した上で本施術を申し込みます。

年 月 日 申込者 名前 _____