

同意書

私は、医師の診察を受け、自らの意思でメディカルアートメイクの施術を受けることに同意します。

この同意書は施術前の、どの時点でも撤回が可能であり、撤回することによって私が不利益を被ることは、一切ないと理解しています。

- ☐ 別紙の各種説明書について、口頭及び書面で十分に説明を受けた結果、記載された治療の効果・発現する可能性のあるリスクについて理解納得した上で、承諾いたします。
- ☐ 治療に先立ち、治療に関する事柄(他の治療の受診状況、使用している薬剤の有無、アレルギー等、持病や体質について、妊娠の有無等)について正しく申告し
施術後のトラブルが起きた際は速やかに然るべき治療院で治療を受けることを承諾し、
治療で発生する費用は貴院に請求しないことを承諾いたします。
- ☐ 色素の定着、持続期間については、個人差があることを理解し承諾いたします。

年 月 日

氏名(自署):

住所:

提携クリニック:

診察医:

施術者: