

施術同意書

※本同意書は、全て親権者様が直筆にてご記入ください。

私、_____（親権者氏名）は、この度、_____（手術申込者氏名）が、
下記の施術を受けることに同意致します。

*ご希望されている施術を丸で囲み、詳細な部位をご記入ください。

Q スイッチルビーレーザー	部位：
CO2 レーザー	部位：
ヒアルロン酸	部位：
ボトックス	部位：
ピアス	部位：

※レーザーや注入をご希望の方においては、医師の判断により、他の方法での治療が推奨される場合があります。（例：“ヒアルロン酸を希望していたが、ボトックスの適応であった場合”、“CO2 レーザーを希望していたが、Q スイッチルビーレーザーの適応であった場合”など）その場合、ご本人へきちんとその旨をお話しさせていただきご本人の同意が得られましたら、医師の判断で施術内容の変更が可能かどうかにつきましても下記のどちらかに○をご記入ください。

医師の判断での施術変更同意する。	<input type="checkbox"/>
医師の判断での施術変更は、一度自宅に持ち帰ってから再検討する。	<input type="checkbox"/>
医師の判断での施術変更は認めない。	<input type="checkbox"/>

◆同意日◆

西暦 _____ 年 月 日

◆親権者ご連絡先◆（携帯電話番号）

◆親権者氏名◆

_____ 印（続柄 _____）

※ご記入いただく氏名は全てフルネームでお書きください。

※押印欄には、捺印もしくは名字の署名をお願いします。

※当院は、上記同意書を親権者記入のものと判断し対応させていただきます。

頂いた同意書に虚偽や相違の申告があった場合、それによって生じた事故やトラブル等のいかなる損害に関しても、当院は一切の責任を負いかねます。

池田整形外科 形成外科・美容外科
〒241-0024 横浜市旭区本村町 101-3
Tel:045-365-1218