

手術・治療申込書及び承諾書

美容外科治療は医療行為です。当院ではインフォームドコンセント（治療に対する説明と同意）に基づき、事前に十分な情報提供を行っています。手術の限界や経過の個人差などを含め十分な理解のもと、治療を申し込む前に自らの意志で選択するという事を再度確認して下さい。治療前に取り止めなくなった場合には承諾書を取り下げます。同意を撤回することにより不利益な取り扱いには致しません。診察・治療に関する個人情報、当院で定めた個人情報保護規定に従って厳重に取り扱い、個人が特定されることなく、十分にプライバシーが保護されるよう取り計らいます。

尚、手術・処置後の料金の返金やコースのキャンセルには一切応じ兼ねますので予めご了承下さい。

私は担当医と治療について話し合い、質問する機会が得られ、下記について納得しています。

私は、既往症、服用中の薬物、薬物に対する特異体質などの問診を受け、正直に申し上げました。

また私が希望する手術・治療の方法や経過、起こり得る合併症について十分に説明を受け、手術・治療の限界や経過の個人差などについても納得しました。したがって、今回私が手術・治療を受けるにあたり術後の薬の服用や必要に応じた通院及び治療についても納得し、貴クリニックの指示に従います。また理由に乏しい主観的不満による異議申し立てをしません。

治療を受けるという決定は、私自身が下したことであり強要されていません。

年 月 日

患者氏名 _____ 印 _____

【20歳未満の方】

保護者氏名 _____ 印 _____

(代諾者)

(続柄： _____)