



貴クリニック
形成外科・美容外科
TAKA AESTHETIC & PLASTIC SURGERY CLINIC

注射・点滴両方に関する説明書・同意書

ID _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回、プラセンタ注射／美肌点滴／美白点滴／ダイエット点滴／二日酔い・疲労回復点滴 を受けるにあたり、下記症状を希にきたすことがありますが、症状に応じた適切な処置を心掛けます。

注射部位周辺の痛み、発赤、皮下出血斑、腫脹、色素沈着、感染症、神経障害、血管迷走神経反射 など

※ 体質などでアレルギーやアナフィラキシーショックが生じた場合には緊急の処置を心掛けます。

専門的な検査や治療を要する際の搬送や搬送先での検査・治療に関する一切の費用に関して当クリニックは責任を負いません。

※ 特に美白点滴を受けられた方は空腹時の場合に低血糖症状をきたすことがあります。二日酔いの場合にはすでに低血糖のことが多く、点滴をご遠慮いただきます。

※ ヒト胎盤由来であるプラセンタ治療を受けると献血ができなくなります。また免疫力に影響するような基礎疾患をお持ちの方はご遠慮いただきます。

※ 未成年の場合は点滴治療を受けられません。

注射・点滴療法に関する同意書

私は、上記に基づき説明を受け了承しました。

料金についても了承しましたので、本治療を受けることに同意致します。

治療中に緊急処置が必要になった場合についてもその適切な治療を受けることも同意致します。

年 月 日

本人署名 印

立会人署名 印

(続柄:)

