

点滴療法 同意書

医療法人 二生会 理事長 殿

私は、別紙「点滴療法説明書」に基づき医師より説明を受けました。

診療プログラムと診療料金についても良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に同意いたします。

また、点滴診療中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その場合の費用を負担することも同意いたします。

点滴療法の種類： 美白点滴、にんにく点滴、白玉点滴、強ミノ注射、その他（ ）

令和 年 月 日

署名 _____ 印 _____

（未成年者の場合は保護者署名： _____）

（スタッフ記入 カルテ番号： _____）

点滴治療期間中、ご自身の都合や医師の判断で治療を中止又は変更する場合があります。中止の場合は以後の治療費は発生いたしません。変更の場合は治療費の変更を事前にお知らせいたします。

発生しうるリスク：アレルギー反応（呼吸苦、湿疹、掻痒感、発赤 等）

穿刺部出血・疼痛 、 迷走神経反射（一過性意識消失） 等

令和 年 月 日

私は説明書に基づき、点滴治療についてご説明いたしました。

説明担当医師署名 二 森 浩 行 (捺印省略)