



注射・点滴療法に関する説明書・同意書

■ 注射・点滴療法により生じる症状

注射・点滴療法により、注射部位及び周囲の疼痛、発赤、皮下出血斑、腫脹、熱感、色素沈着、感染症、神経損傷、血管迷走神経反応等の症状が生ずる可能性があります。これらに限らず、注射・点滴の際に何らかの副反応等が生じたことがおありの方は、必ずその旨を詳細にお伝えいただき、注射・点滴療法を受けて良いか医師の判断を仰ぎ、必ずこれに従って下さい。体質などにより、アレルギーやアナフィラキシーショックが生じた際は、緊急処置を行います。なお、生じた副反応や症状等のいかなにかかわらず、他の医療機関への移送、検査、治療などに関わる一切の費用や、これらに伴い生じる損害に関して、当院は責任を負いません。

■ 注射・点滴療法の種類

高濃度ビタミンC点滴(G6PD)／白玉点滴／スーパー白玉点滴／ニンニク注射／二日酔い注射／スーパー二日酔い注射

私は、上記に基づき貴院担当者より説明を受けました。料金についても理解し納得のうえ、上記の注射・点滴療法を受けることに同意いたします。また、注射・点滴療法中又は終了後に、何らかの理由で緊急処置の必要が生じた場合、貴院の判断において行われる処置を受けること(貴院自身による処置のほか、他院への緊急搬送等も含みますが、これらに限られません)についても、同意いたします。

MEDICAL EPILATION CLINIC 心斎橋院 宛

記入日：西暦 年 月 日

患者様氏名	フリガナ	押印

※未成年の方は保護者の同意書が必要です。

保護者氏名	フリガナ	押印

MEDICAL EPILATION CLINIC 心斎橋院 院長 窪田 昭男
大阪府大阪市中央区心斎橋筋2丁目7-18 プライムスクエア心斎橋 8F
TEL:06-6211-2811

以上の内容について私が説明して患者様の同意を確認し、且つ診察しました。

担当医