

手術同意書

※本同意書は、全て親権者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、下記の手術を受けることに同意致します。

*希望されている施術名をお書きください。

手術名 _____

- ヒアルロン酸注入またはボトックス注射希望の方・ヒアルロン酸やボトックス注射は医師の判断によりヒアルロン酸を希望されていてもボトックス注射の適応となる可能性がございます。(反対の可能性もあります)
- ヒアルロン酸注射の場合は部位もお書きください。(部位の記入がない場合は、施術できかねます。)
- 同意書の内容と異なった適応が医師から出た際は、再度、同意書の送付が必要でございます。
- ボトックス注射は医師の判断より部位の範囲が変わる可能性がございますので部位の記入は不要となります。

(例)患者様希望⇒額 医師の判断⇒眉間

※ボトックス注射のご同意書は、一度ご提示いただけましたら、他部位・別カウンセリング日・別施術日にもご使用可能となります。

◆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して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。

※医師とのカウンセリングにて手術内容が変更になった場合、その都度同意書が必要となります。

※承諾書または同意書にて一度ご了承いただけましたら、同施術に限り今後の承諾書または同意書は不要でございます。

〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂 2-16-5 セントラル共立ビル 6 階

TEL: 0120-748-075 営業時間：10：00～21：00