

自費診療 点滴・注射治療 同意書

とみさわ甲状腺・乳腺のクリニック八戸
院長 富澤 勇貴 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。
診療プログラム並びに診療料金についても良く理解し納得致しましたので、下記の内容で自由診療・点滴・注射療法を受けることに同意致します。
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致します。その場合の費用を負担することも同意致します。

■点滴療法の種類

ニンニク注射 / プラセンタ注射 / 白玉注射 / その他

■治療開始 令和 年 月 日

令和 年 月 日 【親族又は理解補助者（父母・配偶者・兄弟姉妹等）】

患者さま署名 _____ ④ お名前署名 _____ 続柄

ご住所 _____ ご住所 _____

電話番号 _____ 電話番号 _____

<注意>

点滴・注射治療期間中、お客様の都合や医師の判断で治療を中止または注射から点滴に変更する場合があります。変更の場合は治療費の変更を事前のお知らせ致しますのでお申し出下さい。

令和 年 月 日

私は説明書に基づき、お客様に点滴・注射治療についてご説明いたしました。

◆説明担当医師名 富澤 勇貴