

# 同意書

令和 年 月 日

まつもと皮膚科クリニック 御中

申込者が下記の施術を受ける事を同意します。

**O-1 ピアッシングについての同意書**の施術を受けることに同意いたします。

- ・ 診療前・診療途中（経過）・診療終了時に診療部位の写真撮影に同意します
- ・ 想定外の経過過程・治療追加が生じた場合は、貴院の方針に協力することに同意し、自己判断での治療変更によって生じた結果については貴院に異議を申し立ていたしません。
- ・ 今までに大きな病気にかかり手術を受けたことがありますか + -
- ・ 手術を受けた時に異常はありましたか + - 症状について明記下さい  
( )
- ・ 処置中気分不良 + -
- ・ 麻酔アレルギー + -

○申込者

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

○法定代理人（申込者が18歳未満の未成年の場合）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申込者との関係 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

2022.9 改定