

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を丸で囲んでください

二重埋没法	目頭切開法	二重切開法	眼瞼下垂
目尻切開法	たれ目形成	ハムラー法(裏ハムラー)	眉下切開
上眼瞼脱脂	下眼瞼脱脂	鼻プロテーゼ	顎プロテーゼ
鼻尖縮小・耳介軟骨移植	小鼻縮小	その他 ()	
①ヒアルロン酸注入またはボトックス注射/②ヒアルロン酸注入 () /③ボトックス注射			

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。(※1、※2 反対の可能性もあり) **ヒアルロン酸、ボトックス注射や部位も関係なくご同意の場合は①に○をお願い致します。**

・ヒアルロン酸注入のみご同意の場合は、②に○をしていただき、部位をご記入ください。(部位の記入がない場合は、施術できかねます。)

・ボトックス注射のみご同意の場合は③に○をお願い致します。(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(③をご選択いただいた方)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。

※②をご選択された場合、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。

◆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。

※一度行った二重埋没法のかけ直しの場合、抜糸を伴う場合がございます。

※皮膚科施術の場合、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。