

## 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 ( )	
ボトックス注射／ヒアルロン酸注射（希望部位：_____）			
無料モニター		モニター	

### ヒアルロン酸注入またはボトックス注射希望の方

・ヒアルロン酸注入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になる可能性がございます。

（例：顎 ヒアルロン酸注入→顎 ボトックス注射後にヒアルロン酸注入 など）

・ヒアルロン酸注入は、部位が変更になる場合、その都度同意書が必要です。

※希望部位をご記入ください。

ボトックス注射は、一度同意書をご提示いただけましたら他部位・別施術日にもご使用可能となります。

### モニター希望の方

医師の技術習得や症例写真の【無料モニター】、手術前後の症例写真にご協力いただく【割引モニター】がございます。ご希望の内容に○をお付けください。

※症例写真として、お顔・お身体の写真を各種媒体（ホームページ、Instagramなど）で使用させていただきます。

※当院の指定する検診日までにお越し頂けなかった場合、理由の如何を問わず、通常の施術代金全額を請求致します。その場合、法的措置を取らせて頂くこともありますので、予めご承知おきください。なお、手術後のモニター契約解消はいたしかねます。予めご了承ください。

◆ご記入日◆ ※ご生年月日ではございません

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（シャチハタ不可）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。

※ボールペンでの記入をお願い致します。  
※消せるボールペン、鉛筆、シャープペンシル等での記入は不可

## 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）水野 森男 は、  
この度、（手術申込者氏名）水野 森子 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

<input checked="" type="checkbox"/> 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 ( )	
ボトックス注射/ヒアルロン酸注射 (希望部位: )			
無料モニター		モニター	

### ヒアルロン酸注入またはボトックス注射希望の方

・ヒアルロン酸注入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になる可能性がございます。

(例：顎 ヒアルロン酸注入→顎 ボトックス注射後にヒアルロン酸注入 など)

・ヒアルロン酸注入は、部位が変更になる場合、その都度同意書が必要です。

※希望部位をご記入ください。

ボトックス注射は、一度同意書をご提示いただけましたら他部位・別施術日にもご使用可能となります。

### モニター希望の方

医師の技術習得や症例写真の【無料モニター】、手術前後の症例写真にご協力いただく【割引モニター】がございます。ご希望の内容に○をお付けください。

※症例写真として、お顔・お身体の写真を各種媒体（ホームページ、Instagramなど）で使用させていただきます。

※当院の指定する検診日までにお越し頂けなかった場合、理由の如何を問わず、通常の施術代金全額を請求致します。その場合、法的措置を取らせて頂くこともありますので、予めご承知おきください。なお、手術後のモニター契約解消はいたしかねます。予めご了承ください。

◆ご記入日◆ ※ご生年月日ではございません  
西暦 20XX 年 △ 月 ○ 日

同意書記入日を西暦から記入  
(カウンセリング日の半年前~カウンセリング日のお日にちが有効)

◆親権者ご連絡先◆  
(携帯電話番号) 090 - xxxx - △△△△

ご捺印または、○の中に苗字を記入

◆親権者氏名◆ 水野 森男  水野 続柄 父

同意書をご記入された親御様  
父または、母を記入

※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（シャチハタ不可）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。