

親権者同意書

※18歳未満で、にしたんARTクリニック 美容内科・美容皮膚科での施術をご希望の方は、ご本人様と親権者様両人が、以下の内容をご確認いただき、ご記入・ご捺印した同意書を来院時にご持参下さい。ご持参いただけない場合は、施術をお受けいただく事ができません。

施術希望メニューの同意書を必ずお読み下さい。ご同意いただける場合は施術希望メニューに✓マークを記載して下さい。

※下記以外のメニューを受ける場合、ご確認ください注意事項/説明事項はございません。

【美容点滴・注射】

美容点滴・注射メニュー・GLP-1を受ける方

注射・点滴療法に関する同意書

下記メニューは追加で注意事項がございますのであわせて
ご確認ください。

- プラセンタ注射に関する説明・同意書
- 高濃度ビタミンC点滴に関する説明・同意書
- ベビーサイトカインに関する説明・同意書
- NMN点滴に関する説明・同意書
- エクソソーム点滴療法に関する説明・同意書

【美容皮膚・レーザー治療】

- HIFUに関する説明・同意書
- ピコレーザーに関する説明・同意書
- フォトフェイシャルに関する説明・同意書
- エレクトロポレーションに関する説明・同意書
- ボトックス注射に関する説明・同意書
- ヒアルロン酸注射に関する説明・同意書
- サリチル酸ピーリングに関する説明・同意書
- インティマレーザー治療に関する説明書・同意書
- ウルトラヴェラ治療に関する説明書・同意書

【ダイエット】

- GLP-1ホルモン注射に関する注意事項/同意書
- リベルサス(ダイエット内服薬)に関する注意事項・同意書
- メトスリム(メトホルミン)に関する同意書 ※15歳未満の方のみ
- 韓方ダイエットに関する注意事項・同意書
- 脂肪溶解注射「BNLS」治療に関する説明書・同意書

本人記載項目

私は、チェックをつけたメニューに関する注意事項/説明以降に記載された書類を読み、十分に理解した上で、貴院で施術を受けることに同意いたします。

診療名 _____ 診療予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療院 _____ にしたんARTクリニック 美容内科・美容皮膚科 うめきた院

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名 (18歳未満者)	
ご住所	
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)
電話番号	自宅： 携帯：

親権者記載項目 ※親権者(法定代理人)ご本人がご記入・捺印下さい。

私は、上記18歳未満者の親権者として、上記注意事項/説明事項に記載された書類を読み十分に理解した上で、貴院で申込者が施術を受けることに同意いたします。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

親権者氏名	_____ 印
続柄	
ご住所	
電話番号	自宅： 携帯：

お預かりした個人情報は「にしたんARTクリニック 美容内科・美容皮膚科」の全ての医院で共有いたします。予めご了承下さい。

 にしたんARTクリニック
美容内科・美容皮膚科