

## 注射・点滴療法に関する同意書

### ✿ 施術により、下記の症状が起こる場合がございます

・注射部位及び周囲の疼痛、発赤、皮下出血斑、腫脹、熱感、色素沈着、感染症、神経損傷、血管迷走神経反応 等  
体質などにより、アレルギーやアナフィラキシーショックが生じた際は、緊急処置を行います。しかし、専門的な  
検査・治療を要する際の移送やそこでの検査・治療などに関わる一切の費用に関して当院は責任を負いません。

点滴の所要時間はおよその目安です。多少前後する場合がありますので予めご容赦下さい。  
(なお、点滴時間によって効能が変わることはございません。)

針刺し等、事故による感染予防のために必要に応じて採血のご協力をお願いする場合がございます。

## 注射・点滴療法に関する同意書

私は、上記「点滴療法説明書」に基づき担当者より説明を受けました。

料金についても理解し納得いたしましたので下記の内容で点滴療法を受けることに同意いたします。

また、点滴療法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・同意いたします。

### ✿ 点滴療法の種類

高濃度ビタミンC点滴(G6PD)／マイヤーズカクテル点滴／白玉点滴／スーパー白玉点滴／

白玉点滴ビタミンCウルトラ／ダイエット点滴(αリポ酸200mg+L-カルニチン)／

スーパー抗酸化点滴／プラセンタ注射／ニンニク注射／NMN点滴療法

ベビーサイトカイン点滴(ヒト乳歯髄幹細胞上清液点滴)／エクソソーム点滴療法

年 月 日

患者氏名

\_\_\_\_\_

\*18歳未満の方は保護者の (18歳未満の方のみ)  
同意書が必要です。 保護者氏名

\_\_\_\_\_

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。