

同意

私は、多血小板血漿を使った治療に対する同意を施術前であればいつでも撤回することは自由であることを知っています。

私の同意の撤回は、秋葉原スキンクリニックにて治療を引き続き受ける資格を損なうものではありません。

もし、治療期間中に疑問を持った場合には、医師に尋ねることができます。

守秘義務

私の医学的情報は法律で要求される期間、秘密を守って保存されることを理解します。ただし、私個人を特定できないような情報は、私の許可がなくても、教育や研究に使用してもかまいません。

この書類の理解

私は、多血小板血漿治療とそれに伴う利点、危険性について完全な情報の提供を受けたことを確認します。決定まで十分な時間をかけ、決定は私の意思で行いました。

私は、シワあるいはタルミを改善するために、多血小板血漿注入液を皮膚に注入することに同意します。

同意年月日： 年 月 日

本人氏名 _____ (自筆署名)

保護者・代理人 _____ (自筆署名)

※本人が未成年または同意能力がない場合のみ署名して下さい。