

手術承諾書

脂肪幹細胞療法（バスト再生医療）

医療法人 大雅会
ふくとみクリニック 殿

私はバスト再生医療の施術を受けるに当たり、術前カウンセリングを受けてその手術内容、及びリスクを十分に理解しました。また、以下の注意事項に関しても納得し承諾した上で施術を受けることに同意致します。

注意事項

- 1, 担当の医師からもご説明しましたとおり、カウンセリングなどでご覧いただいた仕上がりの写真は、あくまでもひとつの症例です。どのような手術にも限界がありますので、患者様の主観的な希望に全てお応えできない場合があることをご了承ください。
- 2, 施術の結果や術後の経過については個人差があります。とくに、施術後の痛みの感じ方、腫れ方、傷の治り方などは、患者様個人個人の素因・体質に大きく依存していることをご理解ください。
- 3, 脂肪幹細胞培養がうまくいかない場合も考えられます。万が一、培養が必要細胞数に満たなかった場合、後日脂肪の再吸引及び培養が必要になる場合もございます。
- 4, 施術でできた傷口から細菌が入り化膿するようなことがあれば、せっかくの施術も台無しになります。そのようなことができるだけないように、傷口の管理についての医師または看護師からの指示に必ず従い、清潔に保つようにして下さい。
- 5, 他の治療方法の有無及び内容、その治療における効果及び危険性との比較の説明を受けた。
- 6, 治療を受けることは任意であることの説明を受けた。
- 7, 治療を受けない又は同意を撤回することで不利益を受けないことの説明を受けた。
- 8, 施術時の予期せぬ緊急事態の場合には、担当の医師が最善の処置を致します。施術の予約日変更・取消しについては、別紙をご参照ください。
- 9, 個人情報利用目的および個人情報に関する事項の説明を受けた。
- 10, 治療にかかる費用に関することについて説明を受けた。

平成 年 月 日

氏名 _____ ㊞

住所 _____

TEL _____

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才

保護者氏名 _____ ㊞ 続柄 _____ 年齢 _____ 才

TEL _____

(未成年者の場合は保護者が必ず署名・捺印をして下さい。)