

<脂肪注入豊胸> 施術同意書

本紙は、施術申込みに関する同意書です。別紙説明書、診察にて内容を了解いただいたうえでご記入ください。

◆契約内容

施術日 年 月 日

施術名

コンデンスリッチファット豊胸 ピュアグラフト豊胸 美バスト 小悪魔

◆治療の注意点

当院では、妊娠中、妊娠の可能性のある方への施術は行っておりません。また、授乳中、産後3ヵ月以内の場合は、使用する薬剤などの制限が必要な場合があります。該当する場合は必ず以下にご記入のうえ申告してください。申告の無い場合、当院では一切の責任を負いかねます。

妊娠中、または妊娠の可能性がある 授乳中である 産後3ヵ月以内である
 該当項目なし

◆緊急時の対応

術中、術後、出血が多い場合には、お客様の体を第一優先にし、輸血の実施や、施術の中断をする事があります。また、重要臓器（腸管など）の損傷などの緊急事態を含め、適切な対応が必要な場合や、当院での管理が難しいと判断した場合は総合病院などに搬送することがあります。その場合は、下記の緊急連絡先に連絡します。施術は後日に延期します。

【緊急連絡先】

お名前： _____ (続柄 _____)

電話番号： _____

◆残余データの利用

残余組織や臨床データ、モニターの方の写真や映像等は、研究、教育、学会・論文報告などために大変貴重な材料となります。今後の医療の発展のため、特別な申し出がない限り研究に使用させていただきます。但し、拒否された場合でも診療に不利益を受けません。

利用に同意します。
 利用を拒否します。

◆写真撮影

当院では、治療の経過を辿るため写真撮影を行います。写真撮影を拒否される場合、施術効果及び施術の影響による合併症（皮膚トラブル・神経症状など）に関する異議の申立はできません。また、この場合、安心保証制度は適用されません。

写真撮影に同意します。
 写真撮影を拒否します。

◆施術申込み

貴クリニック医師から、既往歴・薬物に対する特異体質の問診を受け、別紙説明書の内容、施術・麻酔その他の実施並びに今後の見込みなどについて詳しく説明を受け、よく理解し同意しました。よって、自らの意思により施術に申し込みます。

同意日

同意者