

手術・治療申込書 及び 同意書

受付日 令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

私は、あごうエイジングクリニック担当医師から既往症や薬物に対する特異体質などの問診を受け、私が希望する手術・治療の方法について充分説明を受け、納得しました。また手術・治療後の経過、起こり得る合併症についても説明していただき、よく理解しました。

したがって、今回私が手術・治療を受けるにあたって、感染症を含む血液検査を無料で受けること、術後の薬の服用や必要とされる通院、治療についても、納得し、貴クリニックの指示に従います。また、理由に乏しい異議申し立てをしません。

<注意事項>

手術・治療の結果には個人差があります。治療後の治り方や腫れのひき方などには個人差があります。したがって、仕上がりについて医師が申し上げる内容は、大体の予定、平均的目安だと承知しておいてください。

あごうエイジングクリニック

院長 吾郷菊人