美容点滴・注射　同意書

1.　以下のものに該当する場合は投与できない可能性がありますので、必ず事前に申告して下さい。
　　タチオン・ビタミンに対するアレルギー、心不全、腎不全、妊娠中・授乳中

2.　施術により、下記の症状が起こる場合があります。
　　穿刺部位の腫れ・内出血、発疹、腫れ、むくみ、痒み、蕁麻疹、頭痛、筋肉痛、発熱
　　倦怠感、冷や汗、アナフィラキシーショック、感染症

3.　実施中に緊急又は予想外の処置が必要な場合には、適宜処置をさせて頂きます。
　　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・治療等に関わる一切の費用に関して当クリニックは責任を負いません。

4.　血管内に直接投与するため、美容成分が体全体に浸透します。しかし、摂取後すぐに効果が実感できるわけではありませんので継続的な治療をおすすめします。

5.　注意事項

(1)点滴投与中の刺入部あるいは周囲の痛み、吐き気や頭痛
　浸透圧や投与速度、血管の状態により痛みを感じることがあります。投与速度で調整することで軽減することができますので、症状が強い時はお申し出下さい。

(2)その他

・点滴投与には10～15分程度要するため予めお手洗いをお済ませ下さい。
・薬剤投与中に異常を感じられた際にはすぐにお申し出下さい。

私は上記内容を理解し、施術に同意します。

〇本人(18歳未満の場合は法定代理人欄の両方に署名が必要です)

令和　　年　　月　　日　　氏名

〇法定代理人(親権者・後見人・保護義務者)あるいは保証人

令和　　年　　月　　日　　氏名

（続柄　　）

よつば会クリニック　守口・大日院