

点滴療法同意書

殿

私は、別紙「点滴療法説明書」に基づき医師より説明を受けました。

診療プログラムと診療料金についても良く理解し納得いたしましたので下記の内容で点滴療法を受けることに同意いたします。また、点滴診療中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その場合の費用を負担することも同意いたします。

■ 点滴療法の種類：超高濃度ビタミンC点滴、グルタチオン点滴、キレーション療法
マイヤーズカクテル、その他（ ）

平成 年 月 日

お客様署名

印

ご住所

電話番号

親族又は理解補助者（父母・配偶者・兄弟姉妹等）

お名前（署名）

続柄

ご住所

電話番号

点滴治療期間中、お客様の都合や医師の判断で治療を中止又は変更する場合があります。中止の場合は以後の治療費は発生いたしません。変更の場合は治療費の変更を事前にお知らせいたします。

平成 年 月 日

私は説明書に基づき、お客様に点滴治療についてご説明いたしました。

説明担当医師署名

同席スタッフ名