

同意書

PFC-FD 療法を行うにあたり

- ・ 私は問診時の説明を正確に理解しました。
- ・ 上記書面の内容を十分に理解し、貴院における治療方法の説明を受け、疑問点については質問し、担当医より回答を得た上で納得して治療を受けることを認めます。
- ・ 治療中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについて同意します。
- ・ 治療後の返金要求はいかなる事由においても致しません。
- ・ 貴院が医療行為の安全を重視し、検査もしくは組織加工業務を他の会社に委託する場合、必要な範囲内の個人情報付随して委託することについて、承諾致します。

治療費

採血・検査・作製・注入

_____ 円 税込み

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名： _____

(緊急連絡先)

ご氏名： _____

電話番号： _____

続 柄： _____

医療機関名： 文京整形外科

担当医師： 院長 森下 実