

点滴療法同意書

- 高濃度ビタミンC点滴
- にんにく注射
- 白玉注射
- プラセンタ注射

- ・アナフィラキシーショックや薬疹が生じる場合があります。
- ・点滴診療中に応急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも致します。

上記の説明を受け、十分に理解し施術を受けることを承諾します。

同意日 年 月 日

氏名 _____

保護者名 _____

(未成年の場合は保護者の同意を必要とします。)