

自費診療（ビタミン注射） 同意書

確認事項

☐過去にアナフィラキシー等、重篤なアレルギー症状を経験したことはありません。

☐別紙”ビタミン注射について”を読み、期待される効果や注意点について十分理解しました。

☐注射に関して

- ・針を刺す時に軽度の痛みが発生します。
- ・注射が苦手な方は迷走神経反射を起こし、気分不良を訴える場合がございます。（30分程、横になっていただくことで回復します。）
- ・稀ではありますが、注射部位が腫れる方、内出血を認める方がございます。（数日で自然治癒することが多いです。）

☐施術中にアレルギー症状等、緊急処置を要する状況になった場合には適宜対応させていただきますが、別途医療費が発生することを承諾します。

施術のメリット、デメリットについて医師の説明を受け、理解・同意した上で施術を希望します。

令和 年 月 日 患者さま氏名 _____/

説明医師 _____/