

## 自費診療 点滴・注射治療 同意書

医療法人 田中宏明・内科胃腸科クリニック

理事長 田中 宏明 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。

診療プログラム並びに診療料金についても良く理解し納得致しましたので、下記の内容で点滴・注射療法を受けることに同意致します。

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致します。その場合の費用を負担することも同意致します。

- 点滴療法の種類 げんき注射 / マイヤーズカクテル / 美人点滴 / ビタミンC点滴 / その他
- 点滴治療期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日頃
- 概算診療費 ¥
- 診療費のお支払い方法 現金 / クレジットカード (平成27年1月より使用可能)

平成 年 月 日 【親族又は理解補助者(父母・配偶者・兄弟姉妹等)】

お客様署名  お名前署名 続柄

ご住所 住所

電話番号 電話番号

### <注意>

点滴・注射治療期間中、お客様の都合や医師の判断で治療を中止また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致しません。変更の場合は治療費の変更を事前のお知らせ致しますのでお申し出下さい。

平成 年 月 日

私は説明書に基づき、お客様に点滴・注射治療についてご説明いたしました。

◆説明担当医師名

◆担当 M D 名