＜同意書＞

私は、ヒルズ美容クリニック院長　丸山成一　より
今回、二重まぶた（挙筋法）の手術及び麻酔について
その方法、効果、副作用など詳しい説明を聞き、理解し納得しました。
その上でこの治療法を受けることに私は同意いたします。

※リスク・副作用・合併症
内出血、腫脹、左右差、糸がゆるむ、糸が外れる、浅い重瞼線、深い重瞼線、
不整な重瞼線（予定外重瞼線）、角膜炎、ドライアイ、目の開きが悪い、
糸を通す部分の数㎜の白い瘢痕（傷跡が残る可能性があります）、
自分が想像していた結果と異なるなどが考えられます。

治療を行うにあたり、撮影した写真を、医学の進歩（学会、論文、情報発信、
他の患者様への治療例）の為に使用させていただく場合があります。
使用させていただいた写真は、プライバシー保護の為、個人が特定されることのないよう、慎重に取り扱いいたします。もし掲載後に使用の取り下げを希望される場合は、申し出ていただければ対処いたします。

また下記に当てはまる項目がある場合は必ず申告いたします。

□B 型肝炎・C 型肝炎・HIV
□その他感染症歴（　　）
□糖尿病歴
□精神疾患歴
□バイアスピリンなど内服中
□ペースメーカー装着中
□薬剤アレルギー
□該当無し

年　　月　　日

ご署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

保護者・同伴者ご署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＊当クリニックでは、20歳未満の方は保護者のご署名がないと施術できません。