

<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、二重まぶた埋没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、

理解し納得いたしました。

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。

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。