

# <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、糸を通す部分の数mmの白い癒痕(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に、個人が特定されることのないよう、慎重  
に取り扱いたします。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。