


 社団法人 日本美容医療協会

治療に関するインフォームド・コンセント(説明と同意)用紙

このインフォームド・コンセント用紙は(社)日本美容医療協会が、患者さんが受ける治療に関して、会員である医師(担当医)との間に十分な理解と合意が得られたことを確認するために作成したものです。

患者さん氏名 _____ 殿 (カルテ番号 _____)

貴方の治療を担当するに当たり下記の説明を行います。治療内容を十分ご理解の上ご署名下さい。

1. 診断(患者さんの希望):

2. 治療:

3. 検査:

4. 麻酔:

5. 術後経過: 通院 / 入浴 / 抜糸 / 運動 /

6. 治療に伴い起こり得る合併症、後遺症:

7. 患者さんよりの質問:

尚、治療中、治療後に予期しない合併症や後遺症が生じる可能性があります。勿論これらの予防と対策には十分配慮しますが、万一これらが生じた場合はその治療に万全を尽くすと同時に必要と判断された場合はしかるべき医師に意見を求め、または治療を依頼することもあります。この点を予めご了承下さい。

年 月 日 担当医師 _____ (自署)

その他〈図解〉

担当医殿

私は自分の治療を必要とする状態と、それに対する治療内容およびこれに伴い起こり得る合併症、後遺症についての説明を受け、十分に理解、納得致しましたので、貴院において上記の治療を受けることに同意致します。尚、治療中ないしは治療後に緊急の事態が生じた場合は、必要かつ適切な処置をされることについても同意致します。

年 月 日 患者さん氏名 _____ (自署)

施設名 _____ 同席者 _____ (自署)

代理人(同席者)氏名 _____ (続柄 _____) (自署)