

## PFC-FD 同意書

### PFC-FD 療法を行うにあたり

- ・ 問診時には説明を正確に理解しました。
- ・ 上記書面の内容を十分に理解し、貴院における施術方法の説明を受け、疑問点については質問し、担当医より回答を得た上で納得して施術を受けることを認めます。
- ・ 治療中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについて同意します。
- ・ 施術後の返金要求はいかなる事由においても致しません。
- ・ 貴院が医療行為の安全を重視し、検査もしくは組織加工業務を他の会社に委託する場合、必要な範囲内の個人情報を付随して委託することについて、承諾します。

### 治療費

- ・ 採血・検査 \_\_\_\_\_ 円（税込）
- ・ 作製・注入 \_\_\_\_\_ 円（税込）部位； \_\_\_\_\_

年 月 日

ご署名： \_\_\_\_\_

(緊急連絡先)

ご氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

続 柄： \_\_\_\_\_

---

医療機関名： たまプラーザ駅前整形外科 担当医師： 渋谷 早俊