(H28.09.15 改訂)

シロノクリニック宛　　記入日　平成____年____月____日

未成年者の治療に関する同意書（親権者・法定代理人様用）

■施術申込者氏名 _____　（生年月日 _____年___月___日）

現住所　〒____－_____

連絡先　自宅電話 _____－_____－_____　携帯 _____－_____－_____

来院日（予約日）　平成____年____月____日　受診される院　シロノクリニック_____院

治療に伴う同意事項

1. 医療レーザー各種治療・光治療・注入注射療法・外用剤療法・医療脱毛などの当院で行われている治療（以下「レーザー治療など」といいます）の効果は即時的なものでなく、継続的かつ反復的に行うことにより少しずつ効果が発現すること。
2. レーザー治療などにおいては、通常複数回の施術が必要であり、費用はそのつど規定の料金が発生すること。
3. 治療に対する反応には個人差が大きく、体質などによっては治療後に副作用（色が濃くなる２次性色素沈着や瘢痕化、化膿など）がありうる事。また、皮膚の性質や体質、病変の内容により改善・回復等は予想以上に長期間必要となる場合もあること及び病変部の深さや程度・個人差により効果が微弱またはでにくい場合もあること。
4. 年齢、性別、人種、部位、皮膚の状態によっても、それぞれの効果の発現性や副反応が異なり、同じ治療をしても、治る時間や過程、反応の程度、合併症のありかたなどが異なること。
5. 施術当日、貴院が、施術申込者に対して、治療後の平均的な治り方や合併症の発生などの説明をすること。
6. 貴医院からの説明を正しく理解し、治療法の限界、短所、合併症等をも理解した上、貴医院の一切の治療に付随するケア行為に関して、医師の指示に従い協力すること。また治療後も貴医院より指示される治療に関する注意事項を厳守し、アフターケアなど治療後の指示に従えない場合は、効果が得られない可能性や副作用が発現する可能性があること。
7. 内服・外用薬や局所麻酔などにより、アレルギー反応を含む合併症などが発生した場合には、専門医への紹介、転医などを含み貴医院の判断に従うこと及びその場合にかかる費用も患者負担となること。
8. 当該治療行為は、確たる結果を約束し請け負うという性格を持つものではなく、あくまでも患者の要望に基づき医師が治療行為に当たるという、準委任行為に属する治療上の性質を持つこと。
9. 問診票その他貴医院へ提出又は記載の必要な書面への記載内容について誤りのないことを確約し、また住所･氏名などに変更が生じた場合、すみやかに貴医院に連絡または報告すること。また、問診票・カルテなどの院内書類への嘘偽の申告や記載によって発生する一切のトラブルや損害に対して、貴医院はその責任を負わないこと。
10. 治療における経過観察に必要なため患部の写真撮影を行うこと。また、治療上不可欠な経過観察記録含む私個人の診療情報を、医療法に基づく守秘情報として貴医院において管理すること。同時に、それら個人の診療情報は保存義務がある貴医院に帰属するため、譲渡等はできないこと。
11. 理由の如何を問わず、レーザー治療などやそれに付随する一切の治療行為の代金全額の貴医院への支払いは治療当日に患者本人が行うこと。
12. 料金規定に変更が生じた場合でも、その差額の返還は一切不可能であること。
13. セットコースやフリーパスの有効期限が経過した場合は無効となること。また貴医院からの有効期限の経過や満了の通知等は行わないこと。
14. 予約の変更やキャンセル連絡は前日までに入れること。当日キャンセルした場合は、1 度につき 3,240 円のキャンセル料が発生し、支払い義務が生じること。
15. 治療に関して疑義を生じた場合、信頼関係を損なう行為・言動を慎み、あくまでも円満に解決を図ること。
16. 未成年者が治療を希望する場合は、親権者または法定代理人の同意を必要とし、親権者または法定代理人が、貴医院と未成年者との間の治療契約から生ずる一切の義務の保証人となり、代金の支払いや治療に関する注意事項の遵守を含む一切の責任を負うこと。また、未成年者が虚偽申告などにより治療を受けた場合、治療行為及びその結果に対し貴医院は一切の責任を負わないこと。
17. 施術当日、貴院が、施術申込者に対して、上記 1 乃至 16 の内容を説明したうえ、施術申込者が別途治療承諾書に署名・捺印を行うこと。

以上の治療に伴う同意事項を承諾し、施術申込者が施術を受けることに同意いたします。その上で、親権者・法定代理人の本人確認のための身分証明書（運転免許証、パスポート）のコピーも併せて提出いたします。

■親権者・法定代理人氏名 _____印　※捺印のない同意書は無効になります

現住所　〒_____－_____　続柄（_____）

連絡先　自宅電話 _____－_____－_____　携帯 _____－_____－_____

※1　親権者・法定代理人様自筆での記名・捺印、身分証明書の提出が必須です。また下線部に対して、もれの無い記入をお願いいたします。

※2　お問い合わせはご予約希望の各院へお電話ください。

恵比寿院：0120-11-4422　電話受付時間：10 時から19 時　休診日：年末年始および祝祭日（予約制）

銀座院　：0120-99-7474　電話受付時間：10 時から19 時　休診日：年末年始および祝祭日（予約制）

池袋院　：0120-93-6600　電話受付時間：10 時から19 時　休診日：月曜日、年末年始および祝祭日（予約制）

横浜院　：0120-96-5454　電話受付時間：10 時から19 時　休診日：年末年始および祝祭日（予約制）

大阪院　：0800-222-1112　電話受付時間：11 時から 20 時　休診日：年末年始（予約制）