

# 点滴療法・注射に関する同意書

施術により、下記の症状が起こる場合がございます。

注射部位及び周囲の疼痛・発赤・皮下出血斑・腫脹・熱感・色素沈着・  
感染症・神経損傷・血管迷走神経反応 等

体質などにより、アレルギーやアナフィラキシーショックが生じた際は、緊急処置を行います。しかし、専門的な検査・治療を要する際の移送やそこでの検査・治療などに関わる一切の費用に関して当院は責任を負いません。

## 【点滴療法・注射の種類】

肝機能回復点滴／マルチビタミン点滴／グルタチオン点滴  
スペシャル白玉点滴／アンチエイジング点滴／脂肪燃焼点滴  
にんにく注射／ビオチン注射／ビタミンC注射／トラネキサム酸注射

## 【投与方法】

静脈内投与／筋肉注射

以上の内容につき、納得理解いたしましたので治療を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

保証人※ 氏名 \_\_\_\_\_

(※治療を受ける者が未成年の場合、保証人の欄に署名をお願い致します)

医療法人 SKY スカイクリニック

医師 \_\_\_\_\_