

記入日 年 月 日

未成年者の治療に関する同意書

(親権者・法定代理人保存用)

■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 - -

治療に伴う同意事項

1. 医療レーザー治療、外用剤療法、医療脱毛などの当院で行われている治療の効果は即時的なものではなく、繰り返し行うことで徐々に改善が得られるものです。
2. 通常複数回の施術が必要な治療に関しては、費用はそのつど規定の料金が発生します。表示金額は「1回の治療費」です。尚、一定の回数の治療費をまとめてお支払い頂く事で通常よりお安くできるコースもあります。こちらは別途「コース治療説明書・同意書」を御覧ください。
3. 体質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、毛のう炎、硬毛化など）が起こる場合があります。これら副作用の改善・回復は長期間を要する場合があります。
4. 年齢、性別、人種、部位、皮膚の状態によって治療効果は異なり、同じ施術をしても効果が出るまでの回数や過程、反応の程度（赤みやひりひり感など）、合併症の発生程度には個人差があります。
5. 治療当日、医院が施術申込者に対して治療後のケアや経過の流れ、合併症などの説明を行います。
6. 医院からの説明をしっかりと聞き、治療法の限界・短所・合併症等を含めて理解・納得した上で治療を受けて下さい。治療に付随する注意事項や術後ケア方法に関して医師の指示に必ず従ってください。アフターケアを怠った場合は効果が得られないばかりか、副作用が発現する可能性があります。指示を守らなかった事により生じた不利益に関して、医院は一切の責任を負いません。
(例；日焼け止めを怠り色素沈着を起こす。治療部を強くこすってしまい炎症や色素沈着を起こす。かさぶたを無理に剥がして色素沈着、など)
7. 万が一合併症が発生し、それが専門医への紹介を要する症状と判断した場合、転医の方針などの判断には必ず従ってください。また、その場合にかかる他院治療費は患者負担となります。これは正当な医療行為における「副作用・合併症」であり、その治療費を当院で負担することはございません。
医院で行う治療は「保険外医療行為」であり、規定に定められた薬剤量、レーザー出力値などは安全域が厳守されます。効果を高める為に危険な方法を選ぶことはありません。施術内容は医学倫理、安全性、妥当性、治療基準に則ったものであることをお約束します。全ての施術は的確に、細心の注意と安全を配慮して行われますが、それでも起こり得るものを「合併症」「偶発症」と呼びます。これは低い確率ですが一定の割合で誰にでも起こり得る事とご理解下さい。

8. 当該治療行為は確たる結果を保証し請け負うという約束事ではなく、あくまでも患者さんの要望に基づき医師が治療行為に当たるといふ、準委任行為に属するものになります。
つまり「絶対に治します」といふ保証ではなく、「患者さんが治療を望まれた為、それに応じて医療行為を提供する」といふ約束となります。
9. 問診票、その他の医院への提出物に関して記載内容に誤りのないことを確約し、住所・氏名などに変更が生じた場合はすみやかに医院に連絡をお願い致します。
万が一、院内書類への嘘偽の申告や記載ミスによってトラブルが発生した場合、その損害に対して医院はその責任を負いません。また、なりすまし行為により真の親権者ではない第三者の同意文書を用いて治療が行われた場合や、親権者間での意見の相違（例；母は賛成し父は反対した、等）によるトラブルなどに関して、当院は一切責任を負いません。
10. 治療の効果判定や経過観察、合併症の評価を目的とした患部の写真撮影を行う場合があります。写真撮影が必要と判断した場合、その撮影には必ず親権者の同席が必要になります。未成年者単独で患部撮影を行う事はありません。（副作用が起こりやすい部位の治療には治療前撮影が必須です。撮影を拒否される場合には治療をお断りする可能性があります。）
撮影は女性スタッフが行います。（フェイスラインやニキビ、顔のシミの撮影などは医師が行う場合もあります。）脱衣を伴う部位に関しては必ず女性スタッフが行います。写真を含む個人の診療情報は医師法に基づく守秘情報として管理されます。同時にこれら個人の診療情報は法的に保存義務のある医院に帰属するため、個人への譲渡はできません。
11. 治療行為の代金全額の支払いは治療当日に患者本人、もしくは親権者が行って下さい。クレジットカードや電子マネーを用いた決済の場合、カード会社と患者本人及び家族間で発生したトラブルに関して当院は一切の関与をしません。（例；クレジットカードの不正使用が行われた、など）
12. 治療料金が改定された場合でも、それ以前に行われた治療の差額返還は行われません。コース治療経過中に治療費が値下げになった場合も、支払い済のコース料金から差額返金はありません。
13. 予約の変更やキャンセル連絡は前日までに必ず行ってください。治療前日が休診日の場合、ホームページにある『お問い合わせ』のメールアドレスより、氏名と治療内容、予約日時を必ず記載した上で送信して下さい。
予約が必要なレーザー治療（点滴治療を除く）を当日キャンセルした場合、いかなる理由であっても1度につき3,240円のキャンセル料が発生します。「予約」により治療室と医師・看護師が確保され、同時に治療者の時間的な拘束が発生します。それと共に準備材料の消費や、限りある予約枠数が消費されクリニックに損害が発生します。キャンセル料はこれらに対する補償の為とご理解下さい。
（病欠・急用・交通機関トラブルなど、やむを得ない事情が発生した場合でも全ての患者さんに平等にキャンセル料が発生します。予約診療のシステムを守る為ですので何卒ご了承下さい。）
万が一キャンセル料の支払いを不服とし、これを拒否された場合は支払いが完了するまで次回治療の予約取得ができなくなります。キャンセル料はコース治療により治療費をお支払い済の患者さんに関して別途請求が発生致します。

14. 治療に関して効果の疑問、心配、不安を生じた場合は、必ず医師を始めとした治療スタッフに相談して下さい。できる限り分かり易く、ご理解頂けるまで繰り返し説明致します。

それにもかかわらず一方的に治療者 - 患者間の信頼関係を損なう行為・言動を行った場合は、治療に対する理解と同意は失われたものと判断し即時治療は中止されます。以後の該当患者さんへの治療提供をお断りさせていただきます。コース料金を支払済みの場合は残金が返金されます。

尚、不適切な表現（虚偽を含む）や、当院の信頼を失墜させる言動を拡散した場合（注：インターネット上への投稿、SNS などを含む）には顧問弁護士を通じて法的な賠償措置をお受けになる可能性がありますので特にご注意下さい。

15. 未成年者が治療を希望する場合、親権者または法定代理人の同意を必要とし、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ます。また、代金の支払いや治療に関する注意事項の遵守を含むすべての責任を負うこととなります。未成年者の治療において何らかの契約上のトラブルが発生した場合（例：親権者より支払い拒否があった場合など）、該当患者さんに対しての全ての会話・記録・カルテを保存し、治療は即時中断します。また、一度でもこのようなトラブルが発生した方々へ対しては、以後当院における全ての自由診療・保険外治療をお断りさせていただきます。

また、故意または過失によって院内の治療機材や物品を損壊させた場合は該当物品に対して賠償が発生致します。（治療機材には極めて高価な物もございます。絶対に手を触れないようご注意ください）

16. 医院が施術申込者に対して上記 1 乃至 15 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

※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。

※18歳未満および高校生以下が本同意書の示す未成年者に該当します。

※本文書を事前ダウンロードして頂き、当日持参することも可能です。ただし、同意の最終確認として当院より親権者および法定代理人様にお電話連絡をさせていただきます。

都合により電話をお受けできない場合、親権者様側から事前に当院へのご連絡→同意確認でも可能です。

※治療にはサイン・捺印された同意書と、親権者および法定代理人様に対する直接の同意確認（来院されるか、もしくはお電話による確認）の両方が必要となります。この両方が揃わない場合、治療を開始することはできません。

※中学生以下の患者さんは、親権者及び法定代理人様による当日の治療同席が必要となります。複数回の治療経験がある場合でも、中学生以下の患者さんが単独で治療を受ける事はできません。

※少しでも疑問点がある場合には、記名・捺印はせずに本書をお持ちの上で直接ご来院下さい。

医師が疑問や不安にお答え致します。

（診療中の場合は速やかに対応できない場合があります。また、状況により長時間お待たせする可能性もございます。何卒ご了承ください）

未成年者用

同意書

施術名

施術予定日 年 月 日

申込者氏名 (未成年者)	
ご住所	
生年月日	年 月 日 (満 才)
電話番号	自宅: 携帯:

私は、上記未成年者の親権者(法定代理人)として、貴院で上記の施術を受ける事に
同意いたします。

親権者指名 _____ 印

続柄	
ご住所	
電話番号	

※親権者(法廷代理人)様が、すべてご記入頂きご持参ください。医院への提出は本書1枚のみです。
※どうしても来院できない場合、当日に上の番号へお電話をさせていただきます。お電話の時間は予約時間の1時間前あたりを目安として下さい。