

美容注射(にんにく注射・美白注射)施術同意書

美容注射とは、有効成分を直接静脈内に投与することで、成分を効率よく体内に取り込むことを目的とした施術です。施術を安全に受けていただくため、以下の内容をご確認ください。

【施術を受けられない方】

以下に該当する方は施術をお受けいただけません。

- 本施術で使用する薬剤にアレルギーのある方
- 心不全、腎不全などの重篤な疾患をお持ちの方
- 妊娠中、授乳中の方
- 妊娠を希望されている方
- その他、医師が施術不相当と判断した方

【施術時間】

静脈内注射:約 5～10 分

【副作用・リスクについて】

施術に伴い、以下の症状が生じることがあります。

- 注射部位の疼痛(痛み)
- 発赤(赤み)
- 腫脹(腫れ)
- 皮下出血(内出血)
- かゆみ
- 気分不快、めまい
- まれに重篤なアレルギー反応(アナフィラキシーショック等)

これらの症状の多くは一時的なものですが、症状が強い場合や長引く場合には速やかに医師へご相談ください。

私は、上記の施術内容、期待される効果、副作用およびリスクについて十分な説明を受け、理解・納得したうえで、貴院にて美容注射(にんにく注射・美白注射)の施術を受けることに同意します。

また、施術中または施術後に緊急を要する処置や医学的に必要な処置が生じた場合には、医師の判断および指示に従うことに同意します。

記入日 年 月 日

氏名(自署)

生年月日 年 月 日