**当院以外（他院及びエステサロン）で行った施術後の診察に関する同意畫**

口診察は、“ご本人のみ”で行ないます。他院及びエステサロンの方は、診察には同席は出来ません。

基本的に自費診療になります。

□ 診察内容につきましては、必要あればご本人様より、他院及びエステサロンにお伝え下さい。

※当院からご本人様以外の方へは、一切説明いたしません。

□診断書が必要な場合は、別料金（2,200円税込）となりますが、症状についてのみの記載となります。

* ﻿施術との因果関係、症状改善までの見込み期間等は言及しません。
* ﻿文書の完成までは約1週間かかります。郵送の対応はしておりません。当院より完成の電話連絡後受け取りのために再来院をお願いしております（ご希望後の取り消しは不可です）。

□他院及びエステサロンの施術効果や、後遺症に関しては、当院は一切の責任を負いません。

**□当院で治療を継続するにあたり、その原因となっている他院での美容施術を継続することはお控えください**。

■相談内容を記載してください。（答えたくない場合や不明の場合は空欄でかまいません）

|  |  |
| --- | --- |
| 施術を受けた医院 又は店舗名 |  |
| 症状のある部位 |  |
| 施術を受けた日時 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 施術名又は内容 |  |
| 他の医院又は店舗へ相談しましたか？ | はい　・　いいえ |
| 上記ではいと答えられた場合はそこで言われた内容 | |

当院の医師へ質問したいことがあればご記入ください。

以上、私は書面の内容を十分に理解し、納得しましたので診察を受ける事に同意いたします。

もみの木皮ふ科クリニック　院長　林亜矢子

令和　　年　　月　　日

ご住所

ご氏名

※２０歳未満の場合は保護者様のご署名（　　　　　　　　　　　続柄：　　　）