

## 自費診療を受けるにあたっての注意事項（同意書）

以下内容を確認されたらチェックボックス□にチェックをお願いします。

（初診料・再診料について）

- 自費診療開始時には初診料 2,000 円（税込み 2,200 円）をいただきます。
- 内服の変更中止の相談や副作用出現時には再診料 1,000 円（税込み 1,100 円）をいただきます。
- 受診間隔が 3 か月以上空いた場合は初診料をいただきます。
- 継続で投薬のみ希望される方には再診料はいただきません。

（副作用について）

- HP の各治療に記載の副作用が発症する可能性をご理解いただいた上で治療をお受けください。
- 副作用が発症した場合は、できる限り当クリニックで検査治療を行います。他の病院などでの治療費はお支払いできません。
- 副作用が発症時の検査や投薬には別途費用が発生することをご了承ください。

（その他）

- 治療効果には個人差があり、必ずしも期待した結果が得られるとは限りません。
- 原則として治療開始後の返金はできません。
- クリニックでお渡しした薬の錠数・本数などはスタッフ立ち会いのもと本人にその場で確認していただきます。（確認後の対応はいたしておりませんのでご了承ください）

以上内容については治療開始時に同意書をいただきます。（個別の治療に関しては別途同意書をいただく場合があります）

令和 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

（大正・昭和・平成・令和 年 月 日生）

電話 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）