

レーザー治療同意書

以下の項目が該当する方は、施行できません。

- 癌の既往がある。
- ペースメーカーを使用中である。
- 現時点で妊娠判定がでている。(施行時が判定前であれば可能です)
- 持病のある方は、医師と相談が必要です。

医師サイン _____

別紙の説明と以上の内容を理解した上で、レーザー治療を希望します。

年 月 日

I D

氏名 _____

レーザー治療中止申請書

年 月 日をもって、レーザー治療（固定予約）の中止を希望します。

年 月 日

I D

氏名 _____