

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 _____

*現在予約が大変混み合っております。固定枠は予約一杯の状態であり、キャンセルを順番に待って頂いている状態です。固定枠はキャンセル待ちの受付のみとなりますのでご了承ください。

*料金はご予約時間から発生致します。お時間までに到着出来ません場合は事前にお電話にてご連絡をお願いいたします。理由なく10分以上の遅刻となられました場合は、ご予約をキャンセル扱いとさせていただきます。またご連絡なしのキャンセルは料金が発生致しますこと、ご理解、ご了承の程よろしく願いいたします。

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 _____