

鍼灸治療同意書

以下の項目に該当する方は医師の許可が必要です。

当てはまる□にチェックをご記入ください。

- 癌の既往がある。
- 出血傾向がある。(ヘパリン・アスピリン療法中の方も)
- その他、持病がある。(糖尿病、てんかん、血液疾患など)

が1つでもあれば、治療までに医師の診察を受けて下さい。

・鍼灸治療を許可します

・鍼灸治療を許可しません (灸治療は受けていただけます。)

ただし、ヘパリン・アスピリン療法中の方は、出血傾向が出てきた場合
鍼灸治療は中止となります。

また、妊娠判定で陽性となった時、鍼灸治療は中止です。

年 月 日 医師サイン _____

上記項目に該当しません。→ 医師の診察は不要です。

鍼灸治療の反応として次のような症状がみられる場合があります。

- ・治療後の一時的なだるさ・眠気
- ・鍼特有のひびき (軽い痛み、ピリッとした感じが瞬間的におこる。)
- ・微細血管に鍼が入ると、内出血をおこすことがあります。体質にもよりますが、小さな内出血を 100%防ぐことはできません。

また、金属アレルギーの方で、発赤・かゆみがひどい場合は、鍼灸治療は中止となる
ことがあります。

以上の内容を理解したうえで、鍼灸治療を希望します。

年 月 日 ID _____
氏名 _____