**東京原宿クリニックにおける保険外診療に関する同意書**

以下に記載する事項は、当院の治療開始時に、あなたが知っておくべき重要な項目です。

最後までよく読んで、あなたの担当医師とその内容について話し合って、十分に理解した上で、末尾に署名してください。

1.当院の治療は、保険適用外の自費治療となります。処方される薬に関しても自費となります。

2.当院の治療に関しては、医師の指導に従わない場合には、治療効果が得られないだけでなく、副作用や障害が発生する場合があります。また治療の過程で異常を感じた場合は、必ず医師の診断を受けて、その指示に従うことが重要です。必要な検査や診断の結果によっては医師が治療不適応と診断する場合があります。

3.当院での治療中に緊急処置の必要性が生じた場合、直ちに適切な処置を行いますが、それにかかる費用はご負担いただきます。

4.当院の治療は、各種学会において医学的な効果が認められていますが、治療効果には個人差があります。また比較的に新しい治療法であり、将来現在の治療に関する評価が変化する場合もあります。

5.あなたの治療及び検査結果についてのデータが、その後の結果分析に使用されることがあります。ただし、個人名を使用することはありません。

6.当院で行った検査費用、治療費等すべての費用に関して一切返金は致しません。

私は、私現在の病状や既往症など担当医師から尋ねられた事項について正確な事実を告げたうえで、担当医師と東京原宿クリニックでの治療について話し合い、上記内容を十分に理解し、且つ、同意いたしました。その上で私は、自らの判断で東京原宿クリニックでの検査・治療を受けることを決定いたしました。

年 　　　月 　　　日

住所 :

氏名:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印