

# 静脈内鎮静法 契約書

氏名 \_\_\_\_\_ 様 手術内容 \_\_\_\_\_

治療予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) 開始時刻 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

静脈内鎮静法は、当日の自己管理を含め、患者さんの治療に対するご理解とご協力が必要な治療法です。以下の項目をご確認後、ご契約して頂きますようお願い致します。

前日は・・・普段通りで結構です。過労を避け、体調不良がないよう注意してください。

当日は・・・開始時刻の10分前までに来院してください。

- ☞ 嘔吐した際、窒息や誤嚥性肺炎などの危険があるので、2時間前までにお食事を済ませておいて下さい。
- ☞ 車、バイク、自転車などの乗り物は一切禁止します。また手術後、お仕事は極力避けてください。眠気やふらつきが持続する場合があります。
- ☞ 不必要なアクセサリー、腕時計、貴重品などは持参しないでください。また、リラックスできる服でお越し下さい。
- ☞ 到着しましたらお手洗いを済ませておいてください。お部屋に入りますと点滴をしますので、邪魔になります。
- ☞ お迎えの方を頼んでおいたほうが、よりスムーズにお帰りになれます。術後、麻酔から覚めてくる状態は、個人差があり また体調によっても全く違います。
- ☞ お化粧、マネキュアはせずにお越し下さい。もし、されて来てしまった場合は落としていただきます。御了承下さい。

☞ 当日の鎮静法及び手術費用	静脈内鎮静法	円 (税込み)
	予定手術費用	円 (保険診療)
	合計	円

以上を予定しております。処置内容により手術費用は若干異なる場合があります。

☞ お支払い方法 ご予定のお支払方法に、 \_\_\_\_\_ をお付け下さい。

1. 現金
2. カード(JCB.VISA.)
3. デンタルローン

☞☞ 手術1週間前のキャンセルからキャンセル料が発生します。(¥20000 税込み)

.....  
以上の説明を聞き承諾いたします。

静脈内鎮静法を受けることを契約いたします。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

御署名 \_\_\_\_\_

保証人氏名 \_\_\_\_\_