

同 意 書
(保険外治療：外用薬)

薬剤	<input type="checkbox"/> 4%ハイドロキノンクリーム	<input type="checkbox"/> トレチノインクリーム
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【医師から患者さんへの特記事項】

※使用中に体に合わず、かぶれや赤み、副作用等の症状が出る可能性があります、その際の治療費・診療費については自己負担になります。
※今回お買い求めになられた商品については返品に応じかねます。

以上の内容につき、担当医から説明を受け、内容を理解して納得しましたので上記治療行為に同意します。

年 月 日

説明担当医 _____

患者氏名 _____

保護者又は代理人氏名 _____
(未成年の場合のみ)