低濃度アトロピンリジュセア®ミニ点眼液 0.025％による治療に対する同意書

私は「近視進行抑制治療」およびリジュセア®ミニ点眼液 0.025％による治療のリーフレットの説明を読み、十分に理解し納得し自身の判断にて、治療を受けることに同意します。

同　意　日：　　　　年　　　月　　　日

住　　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

つながる電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

保 護 者 氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説　明　日：　　　　年　　　月　　　日

病　院　名：　　　　　　くろいし眼科

医　師　名：