

アップニーク®ミニ点眼液 0.1%による治療に対する同意書

私は医師より「後天性眼瞼下垂治療」およびアップニーク®ミニ点眼液 0.1%による治療の説明を受け、十分に理解し納得しましたので、治療を受けることに同意します。

同 意 日 : 年 月 日

住 所 : _____

必ずつながる電話番号 : _____

氏 名 : _____

説 明 日 : 年 月 日

診 療 所 名 : くろいし眼科

医師名 : 永谷 建 石橋真吾