

同意書

医療法人松田会松田病院皮膚科 相場節也

薬剤名： CD トレチノインチノインクリーム

治療内容： CD-トレチノインクリームによる皮膚アンチエイジングプログラム

なお、この治療法は保険適応外（自費）である。

説明事項：

1. 治療方法と目的
2. 他の治療法
3. 期待される効果
4. 安全性と予想される副作用
5. 患者または代理人の意思で自由に中止、休止可能なこと

以上について、説明を受け、この治療法を受けることに同意します

同意します 同意しません （いずれか○で囲んでください）

令和 年 月 日

| | | | |
|----------|-------|--------|--|
| 患者様氏名 | 様 | | |
| 患者様代理人氏名 | 続柄（ ） | | |
| 説明担当医 | | 同席スタッフ | |