自由診療同意書

〇〇〇〇　クリニック

院長　〇〇　〇〇　様

私は、以下の内容を十分に理解し、疑問点については質問し、説明を受け納得した上で、貴院の自由診療を受けることに同意します。

１　表明事項

（１）　貴院の自由診療には、保険が適用されず、自由診療費となることに同意します。

（２）　貴院の診療を受けるにあたり、健康状態に何ら問題がないことを表明し、万が一健康状態に問題がある場合には、主治医の承諾を得ていることを表明します。

（３）　貴院診療中に体調が悪くなった場合には、直ちに診療を中止してもらうようスタッフに申告します。

２　同意事項

（１）　私は、スタッフの指示に従い、貴院の診療を受けることに同意します。

（２）　アレルギー、痛み、かゆみその他診療を中止すべき症状や事情があると貴院が判断した場合、診療を提供できないことがあることに同意します。

（３）　診療後の効用、効果は必ずしも絶対的ではなく、個人ごとに違いがあることや、副作用が発生することもあることを理解し、診療後のすべての事象に対して貴院が責任を負うことはできないことに同意します。

（４）　貴院診療中に負傷や疾病などが発生した場合、貴院およびスタッフその他の関係者は一切の責任を負わないことに同意します。

（５）　貴院診療中に発生した盗難や紛失について、貴院およびスタッフその他の関係者は一切の責任を負わないことに同意します。

（６）　私は、貴院診療中に貴院スタッフが撮影した写真や動画について、私の事前の承諾なく貴社の広告や他の貴院診療者への説明に使用することに同意します。

（７）　私が貴院に対し提供する個人情報は、貴院診療を行うために必要な範囲で使用されるほか、貴院のプライバシーポリシーに定める利用目的に従って利用されることに同意します。

（８）　この同意書の内容に違反した場合、貴院診療が中止される場合があることに同意します。

（９）　診療後の怪我、痛み、体調不良に関して、損害賠償や返金等は、いかなる理由であってもできないことに同意します。

（１０）　診療をキャンセルした場合、キャンセル料を支払うことに同意します。

（１１）　天候等により診療予約の変更がされる場合があることに同意します。

　　　年　　月　　日

住所：

氏名：