

同意書

点滴・注射は薬剤が直接血管に入り消化管を経由しないため、成分を高濃度のまま吸収されます。

効果をより感じられるには、週に1度の頻度でご来院ください。

禁忌（以下の方は点滴は不可）

- 神経筋伝達機構の障害を伴った疾患
- 重篤な心疾患または肝・腎疾患（慢性の腎透析患者）
- 胸水、腹水が貯留している方
- リンパ浮腫のある方
- 頭蓋内主要疾患患者
- 薬剤過敏症
- 妊娠・授乳中
- ペースメーカー、植込み型除細動器をお使いの方

注意事項

点滴（アスコルビン酸は必須）は滴下に30分を要します。受付終了1時間前までに
お越しください。

注射・点滴でご来院の場合、お電話にてご希望のメニューをお伝えいただき、予約の
上お越しください。スムーズにご案内が可能です。

以上、上記内容及び治療に伴うリスクを含めて理解・確認し、納得した上で点滴・注
射を受けることに同意致します。

令和 年 月 日

氏名：

保護者(未成年の場合)：

酒見内科内視鏡 IBD クリニック TEL092-681-0553