

IV療法/ビタミン注入同意書

IV ビタミン点滴、水分補給療法、栄養注入に対する情報に基づいた同意書

クライアント情報

名前 *

姓 *

メールアドレス *

電話番号 *

生年月日 *

YYYY年MM月DD日

注入詳細

申請された注入 *

- ☐ 補液（生理食塩水/乳酸リンガー液）
- ☐ ビタミンC注入
- ☐ マイヤーズカクテル（ビタミンB、C、マグネシウム、カルシウム）
- ☐ NAD+注入
- ☐ グルタチオン（肌の美白）
- ☐ 免疫ブースト（亜鉛、ビタミンC、B12）
- ☐ アスレチック回復
- ☐ 二日酔い回復
- ☐ カスタムブレンド

アドオン（該当する場合）

- ☐ B12注射
- ☐ ビオチン
- ☐ ソフラン（制吐薬）
- ☐ トラドール（消炎薬）
- ☐ なし

健康スクリーニング

現在妊娠中または授乳中ですか？ *

- ☐ はい
- ☐ いいえ

腎臓病があるか、人工透析を受けていますか？ *

- ☐ はい
- ☐ いいえ

うっ血性心不全がありますか？ *

- ☐ はい
- ☐ いいえ

ビタミン、サプリメント、またはIV造影剤に対する既知のアレルギーがありますか？ *

- ☐ はい
- ☐ いいえ

「はい」の場合、説明してください

以下のいずれかがありますか？

- ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ G6PD欠乏症
☐ 血色素沈着症（鉄過剰） ☐ 上記のいずれでもない

リスクと情報

IV療法の潜在的なリスク：

- IV部位の痛み、あざ、または腫れ
- 浸潤（周囲の組織への液体漏出）
- 静脈炎（静脈炎症）
- 注入成分へのアレルギー反応
- 注射部位の感染（稀）
- 空気塞栓（きわめて稀）
- 感受性の高い個人における液体過負荷
- 電解質不均衡
- 注入中のめまいまたは嘔吐

重要：IV療法は医学的治療の代わりではありません。結果は個人によって異なります。

IV療法の潜在的なリスクと利点について知らされています。これは選択的なウェルネスサービスであることを理解しています。

IV療法のリスクを理解
しています： _____

サービスログ

オフィス使用のみ

	日付	成分	用量	速度
エントリ 1				
エントリ 2				
エントリ 3				
エントリ 4				
エントリ 5				
エントリ 6				

同意と署名

上記に説明されているIV療法に同意します。すべての関連する健康情報を開示しており、リスクと利点を理解しています。これは選択的なウェルネスサービスであり、医学的治療の代わりではないことを理解しています。

上記の情報を読んで理解したことを確認し、情報に基づいた同意を与えます。

上記の情報を読んで理
解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。
テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。