

◇エミナルクリニックの医療施術を希望される方へ

ご連絡いたしました薬剤を内服中の方は、薬剤の副作用（光線過敏症）のためエミナルクリニックの医療サービスを受けられません。

お手数ではございますが、『薬剤変更、休薬に関する承諾書』をご持参の上、かかりつけの医療機関を受診し承諾書の作成依頼をお願いいたします。

その際の受診料などは自己負担となります。

また、承諾書を作成いただけなかった場合につきましても、当院は一切の責任を負いません。

エミナルクリニックグループは皆様に安全、安心な医療サービスをご提供するため尽力いたしておりますので、ご協力よろしくをお願いいたします。

◇担当医先生 御侍史

平素より大変お世話になっております、エミナルクリニック総責任医師の平沼 正明と申します。

貴院通院中の患者様ですが、処方されております薬剤に光線過敏症の副作用がありレーザー脱毛が禁忌となっております。

つきましては、原疾患の治療が最優先事項ではありますが、もし可能であれば光線過敏症の副作用が無い別の薬剤に変更いただくことは可能でしょうか。

患者様も当院での美容施術を希望されておりますので、ご高配いただけると幸いです。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、ご承諾いただきましたら右項の承諾書に加筆の程、何卒よろしくをお願いいたします。

エミナルクリニック、エミナルクリニックメンズ

お問い合わせ先

福岡市中央区天神 2-7-6 DADA ビル 5F

TEL 092-716-2307

総責任医師：平沼 正明

薬剤変更、休薬に関する承諾書

氏名：

住所：

生年月日： 年 月 日

薬剤を変更し、医療美容施術（レーザー脱毛、医療ハイフ、ダーマペン、美容点滴、マッサージピール、医療痩身、HCE など）を受けることを承諾する。

変更可

薬剤名：(変更前)

→(変更後)

※必ず『光線過敏症の副作用がない薬剤』へ変更お願いいたします。

休薬可

薬剤名：

処方されている上記薬剤を施術前7日間、施術後3日間休薬することを認める。

薬剤変更、休薬どちらも不可のため、エミナルクリニックの医療美容施術は受けられない。

20 年 月 日

医療機関名：

住所：

医師：