

【同意書】

私は施術を受けるにあたり、以下の内容を十分に理解した上、これに同意いたします。

- 1.現在診察を受けている主治医の許可を得ています。
- 2.体調の優れない時は施術を受けません。
- 3.施術中、少しでも体調の変化に気づいた場合は、直ちに施術者に申し出ます。
- 4.施術は安産を保証するものでないことを理解しています。
- 5.常に自己責任と管理のもと、母子の健康状態に留意し施術を受けます。

私は上記事項に同意し、施術中または施術後に何らかの変調をきたしたとしても
貴院及び施術所に責任追及しないことを同意します。

令和 年 月 日

ご本人署名 _____

住所 _____

電話番号 _____

かかりつけの産院 _____

電話番号 _____

出産予定日 _____

緊急連絡先

① 氏名 _____ : 続柄 _____

電話番号 _____

② 氏名 _____ : 続柄 _____

電話番号 _____

Lifeblood 鍼灸マッサージ院
東京都千代田区富士見2-2-12 伊藤ビル3F
03-6272-4022