

自費診療同意書

1 自費のカウンセリング料について

初回、医師による自費診療のカウンセリング・治療を要す場合、「自費初診料」が¥3,300 かかります。

2回目以降、医師によるカウンセリング・治療・経過の診察を要す場合は自費再診料として¥1,100 かかります。
看護師による治療のみの場合には再診料はかかりません。

2 予約について

当院では、自費診療は予約制とさせていただきます。経過の診察は予約不要です。

3 キャンセル・遅刻について

無断キャンセルや遅刻は他のお客様のご迷惑になりますので、必ず事前に当院までご連絡下さいますようお願い致します。

キャンペーンのキャンセルに関しましては、前日キャンセルは¥2,200（前日が休診日のときは前々日） 当日キャンセルは¥5,500のキャンセル料が発生致します。

キャンペーン以外（通常料金）のキャンセルに関しましては、当日キャンセルの場合のみ¥2,200キャンセル料が発生致します。

連絡なく予約の時間に 15分以上遅刻された場合は、¥2,200の遅刻料が発生致しますのでご了承下さい。お時間によっては、治療をお受けできない場合もございますので、ご注意下さい。

当日の無断キャンセルや遅刻で治療をお受けできない場合もキャンセル料が発生致しますのでご了承下さい。

4 フェイシャルの治療を受けられる患者様へ

予約時にお伝えした時間までにお越し下さい。洗顔は10分以内でお願いしております。

洗面台が混み合う事があり、洗面台でのお化粧直しはお断りする場合がございますのでご了承下さい。

5 クレジットカードのご利用について

自費のお支払い総額(自費初診料・自費再診料・治療代)が¥5,500以上でご利用いただけます。お支払は1回払いのみになります。

× 化粧品・テープ・薬剤などの物販ではご利用いただけません。

○ AGA 治療薬（ザガーロ）・ゼオスキン化粧品の購入時はご利用いただけます。

6 治療当日に小さいお子様を連れての御来院はご遠慮下さい。

治療効果をご期待に添えない場合や、副作用を発症する可能性があることをご理解いただいた上で治療をお受けください。治療費の返還はできかねますこと、副作用に関わる治療費は患者様ご本人のご負担になりますことをご了承下さい。私は、上記内容及び治療に伴うリスクを含めて理解・確認し、納得した上で自費のカウンセリング・治療を受けることに同意致します。

年 月 日

自筆サイン _____

保護者(未成年の場合)自筆サイン _____

緊急連絡先（携帯電話など） _____

ミルディス皮フ科（横浜西口）TEL050-3734-5835