



ニキビ外来治療における同意書

HASUMI免疫クリニック ニキビ外来は、ニキビ菌に対する免疫力をワクチンによって向上させ、ニキビ菌そのものを排除する治療を提供します。60年以上にわたりワクチンの開発、研究を行ってきたノウハウを活用し、ニキビ菌のDNA解析を行い2タイプの抗原を特定しました。この2タイプのペプチドで、ほぼ全てのニキビ菌に対応できると考えております。

なお、個人差により治療効果が出ない場合や、皮膚の状態及び副作用等により治療を中断する事もございます。

その際においても、基本的には治療費の返還はいたしておりません。

当クリニックにて行う治療に関し、承諾頂けた際には自署をお願い致します。

- | | |
|-------------|---|
| 1. 治療内容 | 検査キットにてニキビ菌の有無とニキビワクチンの感受性を確認後、ニキビワクチンの処方となります。
副作用としては、一過性の症状悪化・急性増悪・他の細菌の合併感染等が生じる場合があります。
その際には、医師の判断による処置となります。 |
| 2. 治療期間 | 通常は3クール(12回)が基本となっておりますが、医師の判断により差が生じる事がございます。 |
| 3. 治療費 | 健康保険適用では無く、自由診療の為高額になります。 |
| 4. 個人情報の取扱い | ニキビワクチン事前検査は、DNAを調べる検査ですが、ニキビ菌の有無を特定するもので、個人情報を特定する検査ではありません。検査結果と頂いたお名前、住所等の情報は適切に管理し、検査・診療目的以外での使用は致しません。 |

上記方法について説明を受け承諾いたします。

年 月 日

患者氏名 印

保護者氏名 印

(患者との続柄)

※患者が未成年の際、保護者の自署をお願い致します。