

# 通水治療 承諾書

高橋レディースクリニック院長 高橋具視殿

この度、高橋レディースクリニックにて通水治療を受けることについて、  
検査の説明を受け、承諾しました。

年 月 日

住 所：

患 者 氏 名： 印

保証人 氏 名： 印

※ 疼痛を極力軽減する為にディスプレイのカテーテルを使用します。材料費  
として実費 2,500 円（税抜）を負担して頂く事をご了承下さい。

緊急連絡先電話番号：

（続柄 氏名 ）