

メニュー・オプション 申込兼同意書

(金額は税込となります)

注射・点滴 ★お申込みのメニュー・オプションに☑をつけてください

| メニュー | | | オプション | |
|---|------------------------------------|----------|--------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> ビタミン注射 | | 2,200 円 | <input type="checkbox"/> ニンニク | 660 円 |
| | | | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| <input type="checkbox"/> ニンニク注射 | <input type="checkbox"/> レギュラー | 660 円 | <input type="checkbox"/> ビタミンC | 440 円 |
| | <input type="checkbox"/> スーパー | 1,320 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| <input type="checkbox"/> 疲労回復注射 | | 4,400 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| <input type="checkbox"/> 抗酸化注射 | | 1,650 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| <input type="checkbox"/> 白玉注射・点滴 | <input type="checkbox"/> ライト（注射） | 2,750 円 | <input type="checkbox"/> ビタミンB | 550 円 |
| | <input type="checkbox"/> レギュラー（注射） | 4,950 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| | <input type="checkbox"/> スーパー（点滴） | 8,800 円 | / | |
| <input type="checkbox"/> 美肌注射 | <input type="checkbox"/> レギュラー | 1,650 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| | <input type="checkbox"/> プレミアム | 4,400 円 | | |
| | <input type="checkbox"/> プラチナ | 5,500 円 | | |
| <input type="checkbox"/> 艶肌コラーゲン点滴 | <input type="checkbox"/> レギュラー | 5,500 円 | / | |
| | <input type="checkbox"/> プレミアム | 7,700 円 | | |
| | <input type="checkbox"/> プラチナ | 8,800 円 | | |
| <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 | <input type="checkbox"/> ラエンネック | 1,100 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| <input type="checkbox"/> NMN点滴 | <input type="checkbox"/> NMN150mg | 27,500 円 | / | |
| | <input type="checkbox"/> NMN300mg | 55,000 円 | | |
| | <input type="checkbox"/> NMN450mg | 82,500 円 | | |
| <input type="checkbox"/> ダイエット注射 | | 3,850 円 | <input type="checkbox"/> 点滴 | 550 円 |
| <input type="checkbox"/> GLP-1ダイエット注射 （オゼンピック） | 0.25mg | なし 円 | 処方mg数は医師の判断となります | |
| | 0.5mg | なし 円 | | |
| | 1.0mg | なし 円 | | |
| | 2.0mg | 22,000 円 | | |

その他 ★お申込みのメニュー・オプションに☑をつけてください

| メニュー | | | オプション | |
|--|--------------------------------------|----------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> LED・HEALITE II | <input type="checkbox"/> 通常価格 | 2,200 円 | <input type="checkbox"/> 無料体験 チケット利用 | 0 円 |
| | <input type="checkbox"/> 1～5回目割引 | 1,100 円 | | |
| | <input type="checkbox"/> 注射・点滴同時施術割引 | 1,100 円 | | |
| | <input type="checkbox"/> 同日2回目以降 | 1,100 円 | | |
| <input type="checkbox"/> サリチル酸マクロゴール ピーリング + LED・HEALITE II（1回） | | 11,000 円 | / | |

【裏面に続く】

内服薬 ★お申込みのメニューに☑後、希望数をご記入ください

| メニュー | | | 希望数 |
|----------------|------------------------|----------|-----------------------|
| ☐ GLP-1ダイエット内服 | リベルサス3mg (1錠/日) | 253 円 | 処方mg数・処方日数は医師の判断となります |
| | リベルサス7mg (1錠/日) | 473 円 | |
| | リベルサス14mg (1錠/日) | 770 円 | |
| ☐ SGLT2ダイエット内服 | ☐ スーグラ25mg (28日分) | 6,468 円 | セット |
| | ☐ スーグラ50mg (28日分) | 9,240 円 | セット |
| | ☐ カナグル100mg (28日分) | 8,008 円 | セット |
| ☐ ダイエット漢方 | 防風通聖散 (30包) | 1,100 円 | セット |
| ☐ ダイエット内服 | サノレックス (マジンドール) (1錠/日) | 330 円 | 処方mg数・処方日数は医師の判断となります |
| ☐ 美肌内服 (各30日分) | ☐ シナール | 1,100 円 | セット |
| | ☐ トラネキサム酸1500mg | 1,980 円 | セット |
| | ☐ トラネキサム酸750mg | 990 円 | セット |
| | ☐ ハイチオール錠 | 770 円 | セット |
| | ☐ ユベラ錠 | 770 円 | セット |
| | ☐ グルタチオン錠 | 1,210 円 | セット |
| ☐ アンチエイジングサプリ | NMN9000mg (60粒入) | 12,960 円 | 袋 |

外用薬 ★お申込みのメニューに☑後、希望数をご記入ください

| メニュー | | | 希望数 |
|---------|--|----------|-----|
| ☐ 美肌外用 | ☐ ヒルドイドソフト軟膏0.3% (50g) | 3,300 円 | 本 |
| | ☐ ヒルドイドローション0.3% (50g) | 3,300 円 | 本 |
| | ☐ ヒルドイドフォーム0.3% (92g) | 4,400 円 | 本 |
| | ☐ ヘパリン類似物質ローション (50g) | 1,320 円 | 本 |
| | ☐ ヘパリン類似物質油性クリーム (25g) | 660 円 | 本 |
| | ☐ ヘパリン類似物質クリーム (25g) | 660 円 | 本 |
| | ☐ ヘパリン類似物質外用スプレー (100g) | 3,300 円 | 本 |
| | ☐ ヘパリン類似物質外用泡状スプレー (100g) | 3,300 円 | 本 |
| ☐ 美肌マスク | ヒト幹細胞培養液マスク | 1,650 円 | 枚 |
| ☐ 化粧品 | ☐ アスタキサンチン配合ジェル | 6,600 円 | 本 |
| | ☐ トラネキサム酸配合製剤 | 5,500 円 | 本 |
| | ☐ HQコンシーラー | 3,300 円 | 本 |
| | ☐ VC-PMGローション | 10,450 円 | 本 |
| | ☐ イムデ [®] UVシールド [®] 日ケツヨク | 4,180 円 | 本 |
| | ☐ イムデ [®] アイホップ [®] ウォッシュ | 3,520 円 | 本 |
| | ☐ DRX AZAクリア [®] (20%) アゼ [®] ライ酸高濃度配合クリーム | 1,980 円 | 本 |
| | ☐ DRX HQ [®] ライトニング [®] (3ml) ハイト [®] 味 [®] 配合美容液 | 2,200 円 | 本 |

※以下の項目を確認・同意後に、ご署名をお願いいたします。

| |
|--|
| • ここ数日、体調に変わりありません。 |
| • 今までに、あらゆる薬剤に対してアレルギー反応（皮疹・蕁麻疹・呼吸困難等）を起こしたことはありません。 |
| • 上記メニューの薬剤において、稀に薬剤アレルギーを起こす可能性があることを理解しました。 |
| • 上記メニューに関して、効果・副作用・料金を理解しましたので診療を受けることに同意します。 |
| • 上記メニューに療法中に、緊急処置の必要が生じた場合は適切な処置を受けることに同意します。 |
| • 尚、専門的な検査・治療を要する際の移送やそこの一切の費用に関しては自身にて負担します。 |

年 月 日

診療を受ける方の氏名 _____