

立川皮膚科クリニック附属アクネケア&アンチエイジングセンター
施術利用規約同意書

本利用規約同意書は、当クリニックが提案する自費治療を受ける患者様との間に適用される条件を定めるものです。以下の内容を十分に理解し、同意した上で治療を受けるものとします。

1. 治療について

- 当クリニックが提供する治療内容について、医師の診察およびスタッフからの説明を受けた上で、治療を希望するものとさせていただきます。
- 治療の効果や仕上がりには個人差があり、治療の結果について当クリニックが医学的保証をするものではありません。

2. 診察料について

- クリニックが定めた以下の診察料について、ご了承いただいたものとさせていただきます。
 - ・初診料：3,300円（税込）
 - ・再診料：1,100円（税込）
 - ・初再診料（最後の受診から半年経過の場合）：3,300円（税込）

3. 予約のキャンセル・変更について

□ご予約のキャンセルや変更がある場合は、下記の受付期限までにクリニックまでお電話をお願いいたします。なお、休診日および診療時間外は対応できませんのでご注意ください。

- 火曜日～金曜日のご予約 ： 前日の診療時間内まで
- 月曜日・土曜日のご予約 ： 前々日の診療時間内まで

【遅刻について】

□ご予約時間に遅れる場合は、必ず【予約時間の前までに】お電話にてご連絡ください。遅刻した場合、下記対応とさせていただきます。

- *受け入れ可能な場合であっても、施術時間が短縮される可能性がございます。
- *受け入れ不可能な場合は「当日キャンセル」扱いとさせていただきます、下記のキャンセル料が発生いたします。

【キャンセル料（ペナルティ）について】

□2026年6月1日より、受付期限（上記3記載）を過ぎてからのキャンセル・変更、または遅刻によりご予約当日に診療・施術を行うことができなかった場合は、下記の通りキャンセル料を申し受けます。

- キャンセル料 ・・・ 一律5,000円

※なお、当日キャンセルや無断キャンセルを繰り返された場合、今後の事前予約をお断りさせていただきます。何卒ご了承いただけますようお願い申し上げます。

4. 免除規定（キャンセル料が発生しないケース）

以下のような不可抗力の事由、および合理的な理由がある場合は、キャンセル料は発生いたしません。

- ・当日の急な発熱、急性疾患等による体調悪化
- ・台風、地震等の天災、または公共交通機関の大規模な遅延・運休
- ・その他、当院がやむを得ないと判断した正当な事由

5. お支払い方法

発生したキャンセル料は、次回来院時に窓口にてお支払いいただくか、または振込みにてお支払いいただけますようお願い申し上げます。

【同意欄】

私は、本書表面および裏面に記載された内容について十分な説明を受け、全ての条項を理解した上で、これに同意いたします。

また、万が一キャンセル料が未納となった場合、当院に登録されているカルテ記載の住所・連絡先宛てに請求が行われること了承します。

年 月 日

氏名（自署）： _____

※患者様が未成年の場合は、親権者様のご署名をお願いいたします。

電話番号： _____

※カルテに登録の電話番号と異なる場合はご記入ください。

※お預かりした電話番号は個人情報として厳重に管理し、当院からの勧誘等には一切使用いたしません。緊急時や急な予約変更など、大切なお知らせがある場合のみご連絡させていただきます。

※ご署名いただいた原本は当院にて大切に保管いたします。

ご自宅での確認用にコピー（控え）をご希望の場合は、ご遠慮なくお声掛けください。