

栄養解析同意書

医療法人直志会

袋田病院 院長 殿

栄養解析には、以下の同意が必要になります。□に✓をご記入ください。(すべて必須)

本栄養解析における費用は、全額自己負担になります。

栄養解析代は 解析 A 19,000 円 (税込)

解析 B 23,000 円 (税込) になります。

上記の金額とは別に、診察及びカウンセリング代、3,300 円 (税込) がかかります。

診察時、30 分を超える場合、10 分ごとに 1,100 円 (税込) が発生いたします。

返金は致しかねますのでご了承ください。

個人情報の利用においては、第三者である MSS 栄養解析代行へ情報提供し解析を行います。尚、個人情報は本解析以外に提示することはなく厳重に管理いたします。

「解析情報シート (問診票)」に記載のない、もしくは読み取れない項目については、レポートに解析結果が反映されず、栄養解析依頼後の変更はできませんのでご注意ください。

私は、以上の項目すべてに同意します。

_____年 _____月 _____日 患者又は代理人 (続柄_____) (自著)

患者氏名 _____

代理人氏名 _____