

マイヤーズカクテル点滴療法説明書

- (1) マイヤーズ・カクテルは、人間の体の中に存在する栄養素であるビタミンとミネラルだけの点滴療法です。症状や身体の状態に合わせて必要なビタミンや有効成分を静脈内に投与できるため、サプリメントを経口で摂取するの比べて、非常に高い効果を直接身体に働きかける事が期待できます。
- (2) マイヤーズ・カクテルで点滴するビタミンやミネラルの内容
ビタミン B1,B2,B3,B5,B6,B12,ビタミン C,グルタチオン,マグネシウムなどの点滴製剤を使います。お客様の症状に合わせて医師が使用量を決定します。
- (3) マイヤーズ・カクテルの有効性が期待される疾病
様々な病気に対する効果が期待されます。以下はその一部です。
気管支喘息、偏頭痛発作、全身倦怠感・疲労、慢性疲労症候群、線維筋痛症、こむら返り、急性上気道炎、慢性副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎慢性蕁麻疹、甲状腺機能亢進症、心不全、狭心症、生理不順など。
- (4) 副作用について
もともと人間の体の中に存在する栄養素であるビタミンとミネラルの点滴療法です。副作用は殆どないと言われています。血管穿刺部の痛みなどの症状が起こる事がありますが、点滴速度の調節、保温することで多くは解決されます。
- (5) 治療に関して
当治療法は健康保険が適応されず、治療、検査、処方すべてが自費診療となります。治療内容や費用などの説明を受け、十分に納得されましたら治療同意書に署名をいただきます。症状に合わせて調合したマイヤーズ・カクテルを約40分間かけて点滴します。週に1回から10日に1回の頻度で10回くらい続ける事をお奨めします。

同意書

〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇殿

私は、 年 月 日より実施される〇〇〇〇〇〇における診療について

マイヤーズカクテル点滴療法説明書

に基づき、医師から十分な説明を受け、よく理解し納得いたしましたので、診療を受けることに同意いたします。また診療実施中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その費用も負担することを承諾同意いたします。
検査についても、上記同様に承諾同意いたします。

年 月 日

お客様署名 _____
住 所 _____
電 話 _____

親族または理解補助者（父母・配偶者・兄弟姉妹等）

ご署名・続柄 _____
住 所 _____
電 話 _____

注：提供された同意書は、診療前にいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

そのような場合でも当院において不利益を受けることは一切ありません。

年 月 日

私は上記の説明書に基づき、お客様に対する診療についてご説明いたしました。

説明医師署名 _____

診療録控