

ASP鍼施術同意書

フリガナ		男 女	生年 月日	西 暦	年	月	日
氏 名							
(満 歳)							

質 問 事 項	回答欄		担当者記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名() 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 ・現在、血液をサラサラにする薬(ワーファリン等抗凝固剤)を飲んでいますか。(禁忌) ・血友病ですか？(禁忌) ・糖尿病ですか？(要注意、末梢神経障害や末梢循環障害がある場合は禁忌) ・刺鍼予定部位周辺になんらかの皮膚病がありますか？(禁忌) ・人工弁の手術を受けたことがありますか？(禁忌)	はい はい はい はい はい	いいえ いいえ いいえ いいえ いいえ	
女性の患者様へ ・現在妊娠中ですか？(要注意)	はい	いいえ	
ASPセラピー説明書を読みましたか。 「3)施術後に必ず守っていただきたいこと」を必ず守りますか。	はい はい	いいえ いいえ	
施術から2日～1週間経過後、抜鍼処置のために来院することができますか。	はい	いいえ	
金属アレルギーはありますか？	はい	いいえ	
ASP鍼の使用について質問がありますか。	はい	いいえ	

担当者の記入欄 以上の結果を踏まえて、ASP鍼を使用した施術は (可能 ・ 見合わせる)。 本人に対して、ASP鍼を使用した施術の効果・目的、副作用の可能性や施術後の注意点などについて、説明をした。 日本ASPセラピー普及協会 会員 担当歯科医師 印
--

患者様の記入欄 担当歯科医師の説明を受け、ASP鍼を使用した施術の効果・目的、副作用の可能性や施術後の注意点などについて理解した上で、本施術を (希望します ・ 希望しません)。 年 月 日 本人自署 代諾者自署 (親権者、後見人、その他これに準ずる者)

- 本日は以下の効果を期待して耳ツボを選びました。
- ① 疼痛に対して(米軍が採用しているツボとほぼ同一です)
- ② その他

記入後、コピーし、原本を保管(カルテに添付)し、コピーは患者さんへお渡し下さい。

© Japan ASP Therapy Association 2025