

未成年者の診療及び治療に関する同意書

医療法人悠康会 函館整形外科クリニック 御中

私、 _____ (親権者) は

_____ (受診者) が

医) 悠康会 函館整形外科クリニックで診察・治療を受けることに同意致します。
尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な検査・処置等が生じた場合、医師の指示に従います。医) 悠康会 函館整形外科クリニックで受ける診察・治療において、異議申し立ては致しません。

西暦 年 月 日

受診者氏名 (自署) _____

住所 _____

親権者氏名 (自署) _____

住所 _____

連絡先 (電話番号) _____

※15歳以上18歳未満の方については、親権者のご署名ご捺印の上、この同意書をご持参下さい。15歳未満の方は必ず親権者の同伴が必要です。