

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。

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） _____

※未成年者とは 15 歳以上の高校生から 20 歳未満の方となります。中学生以下の方は必ず親権者の同伴が必要です。