

未成年者の診療および治療に関する同意書

なかぞのクリニック御中

私、 _____ (保護者/成人) は
_____ (受診者) が

なかぞのクリニックで診察・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、緊急にあるいは医学的に必要な処置が生じた場合、医師の指示に従います。

なかぞのクリニックで受ける診察・治療において、異議申し立てはいたしません。

年 月 日

受診者（自署）氏名 _____

住所 _____

保護者（自署）氏名 _____ 続柄 _____ 印

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保護者の同伴が必要です。