# 【未成年者の診察及び治療に関する同意書】

おおみや整形クリニック　御中

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者）は、

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（受診者）が、

保護者の同伴なしで診察・治療を受けることに同意します。受診者が承諾した医療行為を受けることに同意し、受診者が承諾した医療行為について異議申し立てはいたしません。診療内容について不明な点がある場合は、受診者とともに診療時間内に受診をします。緊急または医学的に必要な医療行為が生じた場合は、医師の判断・指示に従います。

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

受診者　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿年　　月　　日（　　歳）

住所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿

緊急連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（携帯）

（診察中など、クリニックからの電話にすぐ対応できる連絡先をご記入下さい）

※チェックマークを入れて下さい。

□当院では、18歳になった年度末まで未成年者として扱います。

□同意書を提出された場合においても、医師の判断により保護者同伴なしでの受診をお断りする場合があります。

□各年度末に更新をお願いしております。