

未成年者の診察及び治療に関する同意書

医療法人社団 鴨居病院 御中

私、 _____ (保護者)は、

_____ (受診者)が

医療法人社団 鴨居病院での診察・治療を受けることに同意いたします。
この度の診察等に関して、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 _____

住 所 _____

緊急連絡先 _____

(診察中など、病院からの電話にすぐ対応できる連絡先をご記入ください)

- ※ 未成年者とは、18歳以下の高校生までの方になります。
- ※ 原則、中学生以下の方は必ず保護者の同伴が必要です。
- ※ 同意書の印刷ができない場合、上記内容を手書きで作成いただくことも可能です。

鴨居病院 医事課