

未成年者（18歳未満＊）の親権者・保護者不在時の診察について

当院では、未成年の方が診察を受けられる際、親権者・保護者様のご同伴をお願いしております。

やむを得ず親権者・保護者様のご同伴なく診察を受けられる際は、本同意書にて親権者・保護者様の同意を頂き、受診の際にご持参をお願いいたします。

ご持参がない場合、処方・処置などの治療は行えませんのでご了承ください。

また、手術や自費診療（レーザー治療等）を行う場合には、別途お渡しする同意書が必要となります。

＊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・保護者様のご同伴が必要です。

未成年者の診療及び治療に関する同意書

きずときずあとのクリニック 銀座院 御中

私、_____（親権者・保護者）は、

_____（受診者）が

きずときずあとのクリニック銀座院で診察・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処置が生じた場合は医師の指示に従います。

また、きずときずあとのクリニック銀座院で受ける診察・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 _____

住所 _____

保護者 氏名 _____ 続柄 _____ 印

住所 _____

緊急連絡先 _____