

## 未成年者（18歳未満）の診察等同意書

社会医療法人 頌徳会

日野クリニック 院長殿

私（保護者） \_\_\_\_\_ は、

（受診者） \_\_\_\_\_ が

日野クリニックで診察、治療等（以下「診察等」といいます）を受けることに同意  
します。

なお、このたびの診察等に関して、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、日野クリニックの診察等について一切異議を申し  
立てません。

令和      年      月      日

保護者氏名    (自署) \_\_\_\_\_ ㊟

住      所      \_\_\_\_\_

連   絡   先      \_\_\_\_\_

続      柄      受診者の \_\_\_\_\_