|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

 |