

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。

平成 年 月 日

保護者氏名 (自署) _____ ㊟

住 所 _____

連 絡 先 _____

続 柄 受診者の _____