

未成年者の自費診療及び治療に関する同意書

当院では、未成年の方が自費診療を受けられる際、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療を受けられる際は、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。

* 未成年者とは 18歳以上の方となります。17歳未満の方は必ず親権者・保護者様のご同伴が必要です。

上記に基づき、医師から十分な説明を受け、よく理解し納得いたしましたので、診療を受けることに同意いたします。また診療実施中に緊急処置の必要が生じた場合、適切な処置を受けることも承諾同意いたします。その費用も負担することを承諾同意いたします。

検査についても、上記同様に承諾同意いたします。

20__年__月__日

受診者 署名 _____

住 所 _____

電 話 _____

親族または理解補助者(父母・配偶者・兄弟姉妹等)

ご 署 名 _____ 続 柄 _____

住 所 _____

緊急 連絡先 _____

