

未成年者（18歳未満）の診察同意書

医療法人越宗会

さかもとクリニック 院長 殿

別紙問診票に記載した症状について、保護者同伴なしで貴院での診察・治療を受ける事に対し、十分理解し、了承の上で受診させていただきます。患者が医師と話し合い承諾した医療行為を受けることに同意し、診療内容についての異議申し立てはいたしません。診療内容について不明な点がある場合は患者とともに診療時間内に受診をいたします。

_____年 _____月 _____日

患者氏名 _____ 生年月日 _____年 _____月 _____日

保護者氏名（自署） _____（続柄） _____

住所 _____

電話番号 _____（※連絡がつく電話番号をご記入ください。）

※ 個人情報保護の観点により、診察等の後、お電話による治療に関するお問い合わせにはお答えできませんのでご了承ください。