未成年者の診療に関する同意書

メディカルパーク辻堂　御中

私は、下記の未成年者が保護者の同伴なしで貴院を受診することについて同意します。また、診療上必要と判断される診察・検査・処置・投薬等について、医師から本人に説明のうえ実施することに同意します。

【受診される方】

氏名	
生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
受診日	年　　月　　日

【保護者同意事項】

☐ 上記未成年者が、保護者の同伴なしで受診することに同意します。

☐ 診療上必要な診察・検査・処置・投薬等について、医師の判断により実施することに同意します。

☐ 診療内容や検査・処置等により、保護者への確認または来院が必要となる場合があることを了承します。

☐ 緊急時その他、医療機関が必要と判断した場合には、下記の緊急連絡先へ連絡することに同意します。

※診療内容によっては、本同意書をご提出いただいている場合でも、保護者の同伴・電話確認・追加の同意書等をお願いすることがあります。

【保護者記入欄】

記入日	年　　月　　日
保護者氏名	
続柄	
住所	〒
緊急連絡先	電話番号：

保護者署名：

医療法人社団桐杏会　メディカルパーク辻堂