

未成年者治療同意書

しみず内科クリニック 御中

私、 _____ (保護者 / 成人) は、
_____ (患者様ご本人) が

しみず内科クリニックで診療・治療を受けることに同意します。
尚、この度の治療に関して、緊急にあるい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。

しみず内科クリニックで受ける診療・治療において一切の意義
申し立てを致しません。

令和 年 月 日

保護者ご署名 _____ 続柄 _____ 印

保護者ご住所 _____

保護者ご連絡先
(電話番号) _____

患者様ご本人 _____ 印