

未成年者の診療及び治療に関する同意書

JM スマイルクリニック御中

私、 _____ (親権者)

_____ (親権者) は

_____ (受診者) が

JM スマイルクリニックで診察・治療を受けることに同意致します。

尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な検査・処置等が生じた場合、医師の指示に従います。

JM スマイルクリニックで受ける診察・治療において、異義申し立ては致しません。

年 月 日

受診者氏名 (自署) _____

住所 _____

親権者氏名 (自署) _____

住所 _____

連絡先 _____

(必ず連絡が取れる電話番号)

※未成年者とは 15 歳以上の高校生から 20 歳未満の方となります。中学生以下の方は必ず親権者の同伴が必要です。