

未成年の治療に対する同意書

このたび、患者氏名 _____ 様（ _____ 年 _____ 月 _____ 日生）が、
大友クリニックにおきまして、

治療名： _____

（治療日 _____ 年 _____ 月 _____ 日予定・未定）

の治療を希望されております。

しかし、患者さまの年齢が20歳に達しておられないため、治療をおこなうにあたり、保護者の方の治療に対する同意を受けなければ、当院としては治療をおこなうことはできません。

よって患者様が治療を受けられる場合、保護者の方が治療にかんして十分ご理解いただいたうえ、ご同意頂ければ治療を実施致します。

なお、 _____ 年 _____ 月 _____ 日、当院外来におきまして医師 大友 貴志 ㊦ が、治療の詳細を（患者様のみ・患者様とその保護者の方）におこないましたので、これをもとにご判断ください。

※患者様にのみ説明をおこなった場合は、保護者の方が治療説明をご本人から聞いて頂き、疑問や不明な点がございましたら当院医師まで必ずお問い合わせください。

ご同意の際には、下記の空白部分を記載・捺印のうえ、当院へ本書をご提出ください。

患者氏名 _____ 様

が、大友クリニックにおいて上記治療を受けることに対し、十分な理解のうえで、これを同意いたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者指名 _____ 様 ㊦

住所 _____

連絡先 _____ (携帯電話も可)

医療機関名 大友クリニック

住所 〒578-0492 大阪府東大阪市若江本町 2-10-13

連絡先 TEL06-4309-8112 FAX06-4309-8113