

親権者同意書

【患者情報】

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日（年齢： \_\_\_\_歳）

【診療内容について】

- 医師・スタッフから診療内容について十分な説明を受け、内容を理解しました。
- 施術・手術・処方に関する効果およびリスクについて説明を受け、同意いたします。
- 本人の意思を確認し、その意思を尊重した上で、保護者として同意いたします。

【親権者情報】

記入年月日： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

氏名（直筆署名）： \_\_\_\_\_

続柄（例：父・母）： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話番号（日中ご連絡可能な番号）： \_\_\_\_\_

緊急連絡先（任意）： \_\_\_\_\_

【注意事項】

- ・ 本同意書は親権者ご本人の直筆署名が必要です。
- ・ 同意書をご持参いただいた場合でも、確認のため当院より電話連絡をさせていただく場合があります。
- ・ ご記入内容に不備がある場合、当日の施術・診療をお受けいただけない場合があります。
- ・ 診療内容によっては、親権者の同席をお願いする場合があります。