

未成年（18歳未満）治療同意書

なないろ皮ふ科西宮 御中

私、_____（保護者）は、_____（続柄）である_____（外来受診患者）が当院、なないろ皮ふ科西宮の外来受診を行うにあたり、保護者同伴無しで診察することに同意致します。

また、診察に同席できない為、外来受診患者自身が、医師の診察説明にて納得をした場合には、その意思を尊重し侵襲を伴う内容の検査や治療（血液検査や手術など）を受ける事について同意します。なないろ皮ふ科西宮で受ける診察内容において、一切の異議申し立ては致しません。また、診療内容にて不明な点がある場合には、電話やメールなどでの問い合わせではなく、患者と保護者同伴での外来受診をいたします。

同意書記入日 _____年__月__日

本人（外来受診患者）

氏名
生年月日
住所
連絡先

保護者

氏名
続柄
住所
連絡先

なないろ皮ふ科西宮 nanairohifuka.nishinomiya@gmail.com

西宮市羽衣町 10-5 アミスタ夙川