

診察、検査、投薬に関する同意書

医療法人社団メディード 御中

私、 _____ (保護者) は、

_____ (受診者) が

医療法人社団メディードでの診察・検査・投薬等を保護者同伴無しで、
受けることに同意致します。

診療等に関して、医学的に必要な医療行為が生じた場合は医師の判断指示に従い、
異議申し立ては一切致しません。

年 月 日

■ 受診者

氏名

生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

住所

■ 保護者

氏名 (自署)

_____ ④ 続柄 _____

住所

緊急連絡先

クリニックからの電話にすぐ対応できる連絡先をご記入ください
また、確認の為、当方より連絡させていただく場合がございます。

*原則、20歳未満(注1)の方は必ず保護者の同伴が必要です。

*電話での診察内容等についてのお問い合わせにはお答えできません。

注1：当法人では18歳ではなく20歳未満を未成年としています