

未成年者(18歳未満)の診察等同意書

辻堂太平台クリニック 院長 殿

私、_____ (保護者)は、

_____ (受診者)が

辻堂太平台クリニックで診察、処方・処置、検査(採血・生理検査・放射線検査等)、治療(以下診察等という)を受けることに同意します。

_____年_____月_____日

保護者氏名(自署)_____ (続柄)_____

住所 _____

電話番号 _____

【留意事項】

個人情報保護の観点により、診察等の後、お電話による治療に関するお問合せにはお答え出来かねますので、ご了承ください。