

未成年者(18歳未満)の診察等同意書

阿佐ヶ谷メンタルクリニック 御中

私(保護者) _____ は、

(受診者) _____ が

阿佐ヶ谷メンタルクリニックで診察、治療等(以下「診察等」といいます)
を受けることに同意します。

なお、この度の診察等に関して緊急あるいは医学的に必要な処置が生
じた場合、医師の指示に従います。また、阿佐ヶ谷メンタルクリニック
で受ける診察等について異議申し立ては致しません。

令和 年 月 日

保護者氏名 (自署) _____ 印

住 所 _____

連 絡 先 _____

続 柄 受診者の _____

