

未成年者(高校生以上、再診)の診察等同意書

私、 _____ (保護者)は、

_____ (受診者)が、

医療法人 森本医院で診察、処方・処置・検査(採血、レントゲン検査、細菌・ウイルス検査、心電
図検査、心エコー検査等)などの治療を受けることに同意します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 (自署) _____ (続柄) _____

住 所 _____

電話番号 _____

医療法人 森本医院 御中