

未成年者（18歳未満）の診察等同意書

医療法人 聖佑会
かわさき眼科クリニック 院長殿

私(保護者) _____ は、
(受診者) _____ が、
かわさき眼科クリニックで診察、治療等を受けることに同意します。

なお、この度の診察と治療に関して、緊急または医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。また、かわさき眼科クリニックの診察と治療に関して異議を申し立てません。

平成 年 月 日

保護者氏名（自署） _____ ⑩

住所 _____

連絡先 _____

続柄 _____