

未成年者（18歳未満）の診察等同意書

医療法人社団八九十会 高月整形外科病院

病 院 長 殿

私、_____（保護者）は、

_____（受診者）が

医療法人社団八九十会高月整形外科病院で診察、処方、処置、検査（採血・放射線検査等）、リハビリテーションなどの診療（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い合わせはお答えできかねますのでご了承ください。