

未成年者の方への診療行為に対する同意書

医療法人育愛会 育愛会レディースクリニック 御中

私、 _____ (保護者/成人) は、

_____ (患者様ご本人) が

育愛会レディースクリニックで診察・治療を受けることに同意します。尚、この度の治療に関して、緊急にあるい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。

育愛会レディースクリニックで受ける診察・治療において一切の異議申し立ては致しません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者ご署名 _____ 印

続柄： _____

保護者ご住所 _____

保護者電話番号（緊急時の連絡先） _____

保護者生年月日（お電話でのお問合せの際の、ご本人様確認の為） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人ご署名 _____ 印

当クリニックに保護者の方からお問合せがあった場合、医師から保護者の方へ診療内容に関してお話させて頂くことについて、了承し同意いたします。

本人ご署名 _____ 印

【患者様についての問診】

1) お薬によるアレルギー症状（じんましん等）が現れたこと、または具合が悪くなったことはありますか？（はい・いいえ）

（薬の種類/状況： _____ ）

2) お薬はジェネリック（後発品）を希望しますか？（はい・いいえ）

上記の問診 1)、2) に記入が無い場合は診療ができませんので必ずご記入ください。

未成年者の方がお一人で来院された際は、お薬服用後に体調不良やアレルギー症状があった時は必ず保護者の方にご相談くださるようお願いいたします。

本人署名 _____