

親権者同意書

20歳未満の患者様へのお願い

20歳未満の患者様の手術・施術のお申込みには、保護者様の同意が必要となります。下記に必要事項をご記入頂き、ご提出ください。

私の子である _____ は、

親権者である _____ が同席しない場での診療・施術の説明であっても自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できることを認めます。

よって、今回の相談内容である _____ について、

子の判断で診療契約を取り交わすことに親権者としても同意します。

患者様氏名

住所

親権者様氏名

患者様との続柄

住所

電話番号

署名日 20 年 月 日 氏名 _____