

# 未成年者(中学卒業後15歳以上18歳未満)診察等の同意書

社会医療法人 水代会 水島中央病院 病院長殿

下記の者が、貴院を受診することに同意します。尚、検査、処置等が生じた場合は主治医に判断を委ねる事も併せて同意いたします。診療内容について不明な点がある場合は患者とともに診療時間内に受診をします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名(自著) \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

保護者電話番号 \_\_\_\_\_

(※連絡がつく電話番号をご記入ください。)

※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にはお答えできかねますのでご了承ください。