

## 未成年（中高生）の診察等同意書

医療法人社団 S a n a V i t a

西調布整形外科 院長殿

私（保護者） \_\_\_\_\_ は  
（受診察者） \_\_\_\_\_ が

西調布整形外科で診療、治療（以下「診察等」といいます）を受けることに  
同意します。

このたびの診察等に関して、緊急または医学的に必要な処置が  
発生した場合は医師の指示に従います。

なお、西調布整形外科の診察等について異議申し立ては致しません。

令和 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_（自署） ㊞

住所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

既往歴 （ \_\_\_\_\_ ）

アレルギー （ \_\_\_\_\_ ）

診察内容にて不明な点がある場合には、電話での問い合わせではなく  
患者と保護者の同伴のもと、診療時間内で外来受診をお願い致します。