

未成年者（18歳未満）の診察等同意書

新橋メンタルクリニック 御中

私（保護者） _____ は、

（受診者） _____ が

新橋メンタルクリニックで診察、治療等（以下「診察等」といいます）を受けることに同意します。

なお、この度の診察等に関して緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合、医師の指示に従います。

また、新橋メンタルクリニックで受ける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) _____ 印

住 所 _____

連絡先 _____

続 柄 受診者の _____