

未成年者（中学卒業後 15 歳以上 18 歳未満）の受診についての同意書

カルテ No. _____

こずえ皮膚科 御中

私 _____ は、申込者である _____ の親権者（法定代理人）として、私が同席しない場での診療・施術の説明であっても、申込者が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、今回の相談内容について申込者の判断で診療契約を取り交わすことに同意・承諾いたします。

また、以前に提出した同意書と異なる相談内容が生じた場合には再度の同意書提出が必要であること、診療内容によっては同意書の提出にかかわらず親権者の直接の受診同行が必要な場合があることについても承諾いたします。

親権者直筆記入欄

_____ 年 月 日

親権者署名 _____ (印) 続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____