

未成年者の診察および治療に関する同意書

豊川整形外科リハビリクリニック 院長 殿

私、 _____ (保護者等) は、

_____ (受診者) が

豊川整形外科リハビリクリニックで、診察、処方・処置・検査（採血・放射線検査等）・
リハビリなどの治療（以下「診療」という）を受けることに同意します。

_____ 年 月 日

保護者等氏名(自署) _____ 続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

【留意事項】

個人情報保護の観点により、診察等の後、お電話による診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。