

18歳未満（高校生を含む）の診察等同意書

医療法人社団善衆会
善衆会病院 院長 殿

私、 _____（保護者）は

_____（受診者）が

医療法人社団善衆会 善衆会病院で診察、処方・処置・検査（採血・生理検査・放射線検査等）・
リハビリ等の治療（以下「診察等」という）を受けることに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名（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、お電話による治療に関するお問い合わせには
お答えできかねます。また、必要に応じて当院よりご連絡をすることがありますので
ご了承ください。