

# 未成年者(高校生以上 18 歳未満の方)治療同意書

あおぞらファミリークリニック 御中

私、\_\_\_\_\_ (保護者/成人)は、  
\_\_\_\_\_ (患者様ご本人)が

あおぞらファミリークリニックで診療・治療(投薬を含む)を受けることに同意します。  
尚、この度の治療に関して、緊急あるいは医学的に必要な処置が生じた場合は医師の指示に従います。  
あおぞらファミリークリニックで受ける診察・治療・費用において一切の異議申し立ては致しません。

年 月 日

保護者署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ (直筆にて)

保護者住所 \_\_\_\_\_

保護者連絡先 \_\_\_\_\_ (必ず連絡が取れる電話番号)

患者様ご本人 \_\_\_\_\_ (直筆にて)

※中学生以下の方は、必ず保護者の同伴が必要です。

あおぞらファミリークリニック  
TEL:0562-85-1510