

## 未成年者(15歳以上～18歳未満の方)診察等同意書

医療法人温心会  
おがわ内科呼吸器内科医院 院長殿

私、\_\_\_\_\_ ( 保護者／成人 )は、  
\_\_\_\_\_ ( 受診者 )が

おがわ内科呼吸器内科医院で診察・治療等を受ける事に同意します。

尚、この度の診察・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。また、おがわ内科呼吸器内科医院での診察・治療等において一切の異議申し立ては致しません。

令和 年 月 日

保護者／成人ご署名 \_\_\_\_\_ 続柄 受診者の \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

※有効期限は、記載日より1ヶ月以内とします。

有効期限を過ぎた同意書は無効となりますので、予めご了承下さい。

※当院では『親が付添人として認めた18歳以上の方』も成人した同伴者として認めます。