

未成年者（18歳未満）の診察等同意書

八尾はあとふる病院 院長殿

私、 _____（保護者）は、

_____（受診者）が

八尾はあとふる病院で診察、処方・検査（放射線による被ばくを伴う検査や採血・エコー等）・リハビリなどの治療（以下「診察等」といいます）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 _____