

未成年者（16歳以上18歳未満）の  
診察及び治療に関する同意書

医療法人創祥会 小菅医院 御中

私、\_\_\_\_\_（保護者）は、

\_\_\_\_\_（受診者）が

医療法人創祥会 小菅医院での診察・治療を受けることに同意いたします。  
この度の診察等に関して、緊急または医学的に必要な医療行為が生じた場合は医師の判断、指示に従います。

年 月 日

受診者 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日（ 歳）

住所 \_\_\_\_\_

保護者 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_  
(診察中など、病院からの電話にすぐ対応できる連絡先をご記入ください)

※15歳以下の方は必ず保護者（親権者・法律上の代理人）の同伴が必要です。

※同意書の印刷ができない場合、上記内容を手書きで作成いただくことも可能です。

医療法人創祥会 小菅医院