

未成年者（18歳未満）の診察等同意書

医療法人社団正信会水戸病院
院長 殿

私、 _____（保護者）は、

_____（受診者）が

医療法人社団正信会水戸病院で診察、処方・処置・検査（採血・生理検査・放射線検査等）・リハビリなどの治療（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合せにはお答えできかねますのでご了承ください。