

## 未成年者（18歳未満）の診察等同意書

さいたま与野整形外科医院 院長殿

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

さいたま与野整形外科医院で診察、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「診察券」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。