

## 未成年者の診察及び治療に関する同意書

おとなとこどもの泌尿器科 ふくいクリニック 御中

私、\_\_\_\_\_ (保護者)は、

\_\_\_\_\_ (受診者)が

おとなとこどもの泌尿器科 ふくいクリニックでの診察・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 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

保護者 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

(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)

おとなとこどもの泌尿器科 ふくいクリニック 福井 真二

TEL 0745-71-3571