

未成年者(中学卒業後 15 歳以上 18 歳未満)の診察等同意書

よこすか浦賀病院 病院長 殿

私、 _____ (保護者)は、

_____ (受診者)が

よこすか浦賀病院で、診察・処方・検査(放射線による被ばくを伴う検査や MRI・採血・エコー等)・リハビリなどの治療(「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 _____

【留意事項】

個人情報保護の観点により、診察後、お電話による診療等に関するお問い合わせにはお答えできかねます。
また、手術・内視鏡検査・MRI 及び CT (造影剤使用時)の実施日には必ず同伴をお願いしております。
ご了承ください。