

治療同意書

私は、下記の申込者が20歳未満または、判断能力が不十分であることから私が申込者の意思を尊重し、貴院における申込者の診察および診療に同意致します。

記

| | | | |
|------|-----|-------|------|
| ふりがな | | | |
| 申込者 | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 現住所 | 〒 — | | |
| 電話番号 | — | — | 職業 |

以上

20 年 月 日

| | |
|---------|---|
| 現住所 | <input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 〒 — |
| 電話番号 | — — |
| 同意者氏名 |  サイン 又は印 |
| 申込者との続柄 | (続柄例) ▶ 法定代理人 ▶ 直系尊属(父・母・祖父・祖母) ▶ 傍系尊属(伯父・伯母・叔父・叔母) |