

未成年の方のみで外来受診に関する同意書 ※高校生以上の未成年

リア形成外科美容クリニック

私、_____（保護者）は、_____（外来受診患者）
が当院、リア形成外科美容クリニックの外来受診を行うにあたり、未成年の方のみの外来
受診について(別紙)を既読及び理解し、保護者同伴無しで診察することに同意致します。

また、診察に同席できない為、外来受診患者が、医師の診察説明にて納得をした場合には、
その意思を尊重し侵襲を伴う内容の治療を受ける事について同意します。尚、外来受診につ
いてリア形成外科美容クリニックで受ける診察内容において、一切の異議申し立ては致し
ません。

また、診療内容にて不明な点がある場合には、電話での問い合わせではなく、患者と保護
者の同伴での外来受診を致します。

令和_____年_____月_____日

同意者署名_____続柄_____ (印)

同意者住所_____

外来受診者署名_____

<今回の診療にあたって>

症状	
既往歴	
服用中の薬	
アレルギー等 注意が必要な事項	