カナ氏名 患者氏名

生年月日

美容医療センター 未成年者等の同意書

西宮渡辺原	悩卒中・心腸	蔵リハビ	リテーショ	ン病院	病院長	殿		
						て理解し、貴院に に同意いたします		適応外の
	年	月	日					
患者氏名					【自署】			
<u>住所</u> 電話	〒 							
生年		年	月	日		歳		
保護者氏名	名				【自署】	続柄:□父親	□母親	
<u>住所</u> 電話	〒 番号							

※患者さんが15歳以上18歳未満の場合には本人の署名と保護者署名が必要です

※当法人は、18歳以上の患者さんであっても、以下に該当する場合には、保護者の同意と署名が必要です

- ■学生(高校生・大学生)の方
- ■就労していない方
- ■自費診療の方
- ■患者負担が高額になることが見込まれる治療
- ■重篤な合併症を生じる可能性がある場合
- ■その他 診療内容により法人が保護者の同意を必要と判断した場合

私が、文書と口頭で十分な説明を行い、納得の上で同意が得られたことを確認いたします。

医師署名

社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺脳卒中・心臓リハビリテーション病院