形成外科・美容医療センター　未成年者等の同意書

西宮渡辺心臓脳・血管センター　病院長　殿

私は、私が受ける治療・検査に関して十分な説明を受けて理解し、貴院において保険適応外の施術（　　ピアストラブル処置　　）を受けることに同意いたします。

年　　月　　日

患者氏名（ふりがな）　　【自署】

住所　〒

電話番号

生年月日　　年　　月　　日　　歳

保護者氏名　　【自署】　続柄：□父親　□母親　□

住所　〒

電話番号

※患者が 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

西宮渡辺心臓脳・血管センター