

未成年の診療・治療に関する親権者同意書

施術名	ほくろ除去 ・ わきが手術 ・ リストカット傷跡治療 ・ その他() ※希望の施術名に○をつけてください
未成年申込者氏名	
ご住所	〒
電話番号	自宅： 携帯：
生年月日	年 月 日 (満 才)

医療法人社団 栄真会 池袋サンシャイン美容外科 院長 鈴木栄樹殿

私は、上記申込者が未成年ではありますが、やむ終えず診療及び治療に同席することができません。

しかし、親権者が同席しない場での診療・施術の説明であっても、子どもが自己の利益を十分に理解検討し、受診の必要性を判断できると認めます。

よって、今回の上記相談内容について申込者の判断で診療契約を取り交わすことに親権者としても同意いたします。

また以下の内容に関して、親子共々遵守いたします。

① 同伴できる日は極力、治療日及び経過診察に同伴をいたします。

やむを得ず、同伴が出来ない場合は、子の判断に委ね、後に施術内容や費用において異議申し立てはいたしません。
また、すでに行った施術代及び診察代の払い戻し等も請求いたしません。

② 施術内容に関しては、申込者本人と情報の共有に努めます。また説明を希望する場合は、子どもと診察に同伴し医師と相談を行います。電話・メール・FAXなどによる連絡や説明要求はいたしません。

③ 施術に関して、緊急もしくは医学的に必要な処置が生じた場合は貴院の指示に従います。

日付

親権者兼保証人 氏名

㊞ 続柄

住所

電話番号

自宅

携帯

※親権者(法定代理人)ご本人様が署名・捺印して下さい。

※診察・施術に際し確認の為親権者の方へご連絡させていただく事がございますので、

あらかじめご了承ください(日中につながりやすい電話番号のご記入をお願いいたします)