



親権者同意書

18歳未満の患者様用

下記の患者について、親権者（法定代理人）として、希望する診療・施術を受けることに同意します。

患者情報

受診院

☐

六本木院

☐

福岡院

患者氏名

生年月日

年

月

日

年齢

歳

希望する診療・施術名

同意内容

私は、上記患者の親権者（法定代理人）として、上記の診療・施術を受けることに同意します。

実施にあたり、患者本人に対して医師その他の医療従事者から必要な説明が行われること、

また、必要に応じて当院から私へ確認の連絡が行われることを了承します。

本書は親権者の同意を確認するための書類であり、各診療・施術に必要な個別の説明・同意書に代わるものではありません。

親権者（法定代理人）情報

氏名（自署）

続柄

住所

連絡先

※日中連絡可能な電話番号

署名日

年

月

日

ご確認ください

- ・18歳以上の方は、原則として本書の提出は不要です。
- ・医師の診察・判断により、希望する診療・施術を実施できない場合があります。
- ・診療・施術内容によっては、親権者の同伴または別途の同意・確認をお願いする場合があります。