

親権者同意書

私は、下記の未成年者（患者）が医療法人社団フェアにおいて自由診療（美容医療を含む）を受けることについて、以下の内容を確認し、親権者として同意します。

必ず親権者が直筆でご記入・ご署名ください

対象者（未成年の患者様）情報

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 歳）

住所 _____

親権者同意・署名欄

✓ いずれかにご同意ください

- ☐ 診療内容・施術内容・費用・リスク等について、患者本人および親権者である私が十分に説明を受け、理解しました。
- ☐ 私の子は15歳以上のため、親権者である私が同席しない場合であっても、患者本人が説明を受け、自己の利益を理解して受診の必要性を判断できることを親権者として認めます。

✓ 親権者が同伴されない場合（15歳以上）ご同意ください

- ☐ 相談・施術内容について、患者本人の判断で診療契約を取り交わすことに同意します。

✓ 上記に限らずいずれかご同意・ご記入ください

- ☐ 本同意書は、今回の相談内容： _____ に限り有効とします。
- ☐ 本同意書は、私の子が未成年である期間に限り以下の条件で有効とします。
[すべての相談・治療 / 下記を除く相談] について有効とします。
除外する相談内容・治療 _____

ご署名ください

親権者のお名前（カナ）

子との関係

氏名（カナ） _____ 続柄 _____ 連絡可能な電話番号 _____

住所 _____

✓ を入れご署名ください

- ☐ 私は、親権者同意書の各確認事項に同意し、申告内容に虚偽のないことを証明します。

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____