

# 未成年者（18歳未満）治療同意書

やまだ整形外科・リハビリクリニック 御中

私、\_\_\_\_\_ (保護者/成人)は、  
\_\_\_\_\_ (患者様ご本人)が

やまだ整形外科・リハビリクリニックで診察・治療を受けることに  
同意し、一切の意義申し立ては致しません。

尚、この度の治療に関して、医学的に必要な処置が生じた場合は  
医師の指示に従います。

令和 年 月 日

保護者ご署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 印

保護者ご住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

保護者ご連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

患者様ご本人 \_\_\_\_\_ 印