

未成年同意書

私、(保護者氏名) _____ (続柄) _____ は、

(本人氏名) _____ が、(治療内容) _____ の

治療を受ける事に同意致します。

尚、この度の治療に関して、緊急あるい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ので善処される事を希望致します。

- 本人の希望により、上記と同治療であれば継続・治療箇所の追加を承諾します。
- 麻酔(局所麻酔・クリーム麻酔・その他)が必要な治療の場合
又、追加料金にて本人が麻酔の使用を希望した場合には、使用を承諾します。

今までに注射や歯科の麻酔等で気分不良やアレルギー症状がでた事が

- ある (具体的に: _____)
- ない

【治療・カウンセリング日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【治療金額】 ¥ _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: _____

緊急連絡先:(_____) _____

保護者氏名: _____ (印) _____