

# 【未成年者(18歳未満の方)治療同意書】

医療法人 SKY スカイ整形外科クリニック 御中

私、 \_\_\_\_\_ (保護者／成人) は  
\_\_\_\_\_ (患者さまご本人) が

スカイ整形外科クリニックで診察・治療を受けることに同意します。

尚、この度の治療に関して、緊急にあるいは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。

スカイ整形外科クリニックで受ける診察・治療において一切の意義申し立ては致しません。

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  
(連絡先) \_\_\_\_\_

患者様ご本人 \_\_\_\_\_ 印