

未成年者の診療に関する同意書・委任状

記入日 年 月 日

※未成年の患者様がお一人でご来院いただく場合、診察には親権者様のご同意が必要となります。

※ブレインクリニックへの受診に同意される場合は、**親権者様**が**ご自筆**で**赤枠内**に必要な事項をご記入いただき、初回来院時に本書のご提出をお願いいたします。

※本書をご提出頂けない場合または記入内容に不備がある場合、診察をお断りさせていただくことがございます。

私は、親権者を代表して、次の患者様が希望する診療内容を受けることに同意し、署名いたします。

▼患者様情報欄

患者様氏名			
生年月日	年 月 日	年 齢	満 歳
同意する診療内容	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> QEEG検査 <input type="checkbox"/> 紹介状の発行 <input type="checkbox"/> 診断書の発行 <input type="checkbox"/> お薬の処方 <input type="checkbox"/> その他 ()		
親権者様以外のご同伴者が患者様の診察や診断に同席されることに同意しますか？	はい / いいえ		

▼親権者様情報欄

親権者様氏名	Ⓜ	患者様との続柄	
ご住所	〒		
お電話番号			

※TMS治療のご契約には、親権者様のご同伴が必要となります。

※親権者様をご来院できず、**ご契約のお手続きを第三者に委任される場合は、青枠内**も併せてご記入ください。

▼代理人情報欄（親権者様をご記入ください。）

代理人氏名		患者様との続柄	
ご住所	〒		
お電話番号			
委任する内容	TMS治療契約の締結に関する一切の手続き		