

未成年者手術についての保護者の同意書

本日、わたしは、わたしの子である_____が
_____の手術を受けるにあたり、貴院の医師
により手術および麻酔について十分な説明を受け、疑問点については質
問し、すべて納得しました。

したがって、術前術後の管理が大切であること、およびこれを怠るこ
とで種々の不都合が生じることを了解し、医師及び看護師の指示する注
意事項を遵守することをここに約束し、治療契約を結ぶこととします。

また、注意事項を遵守しないで生じた不都合については、貴院に対し
て一切の異議申し立てをしないことを誓約いたします。

医療法人ユーロクリニック
院長 藤田博史殿

20 年 月 日

住所_____

氏名_____印