

治療同意書

飯尾形成外科クリニック院長 飯尾 礼美 殿

私、 _____ (本人との続柄： _____) は、

_____ (患者名) が、

_____ (治療名) の内容について十分に

理解し、本人の意思で貴院にて治療（手術又は処置）を受けることを、本人より説明を受けましたので同意いたします。

本来は本人に同行し、治療に関し説明を受け確認し同意するべきところを、自己都合により行ないませんので、これに起因するトラブルにつきまして、一切の不服申し立てをいたしません。

年 月 日

住所 _____

連絡先電話番号 _____

同意者自筆署名 _____ 印

(原則として両親のいずれか)

※治療当日同行されない場合は、事前に院長が電話にて最終確認をいたします。
電話での最終確認ができないと、治療はキャンセルされ違約金が発生いたします。