

未成年者の手術とレーザー治療に関する同意書

私は、私の子である(または私の保護下にある)(患者名) _____ が、
(施術名) _____ の{ 手術・レーザー治療 }を受けるにあたり、
貴院の医師により麻酔を含む施術について十分な説明を受けました。

また、(患者名) _____ が署名した同意書についても了解し、疑問
点についてもすべて質問し納得しました。施術前後の管理が大切であることや、これを
怠ることで不都合が生じることも理解しています。

したがって、医師をはじめとする貴院看護スタッフの指示する注意事項を遵守し、貴
院への経過を正確に報告することをお約束し、ここに治療契約を結ぶことに同意いたし
ます。

銀座コクリコ美容外科 殿

20 年 月 日

署名 _____ (印)