

未成年者施術 親権者事前確認書

対象：施術日時時点で18歳未満の方

1. 患者様・施術内容

患者氏名					
生年月日	西暦	年	月	日	(施術日時点 歳)
施術名・コース					
施術予定日	西暦	年	月	日	

2. 親権者（法定代理人）の事前確認

私は、上記患者の親権者（法定代理人）として、患者本人が上記施術を希望していることを確認しました。患者本人が貴院で診察および施術に関する説明を受けることに同意します。

私は本書を自ら記入・署名し、患者に原本を持参させます。診察後、施術前に貴院から電話説明を受け、施術実施について最終回答します。

- ☐ 私は親権者（法定代理人）本人であり、本書を自ら記入・署名しました。記載内容に虚偽はありません。
- ☐ 施術当日、貴院からの電話連絡を受けられるようにします。
- ☐ 親権者への説明と最終同意を確認できない場合、当日の施術ができないことを了承します。

※本書のみでは施術実施の最終同意となりません。診察後、施術前に電話で最終同意を確認します。虚偽記載・なりすましが判明した場合は診察・施術をお断りすることがあります。これらに起因する不利益について、当院に責めに帰すべき事由がある場合を除き、当院は責任を負いかねます。

3. 親権者（法定代理人）記入欄

記入日	西暦	年	月	日
氏名（自署）				
患者との続柄	☐ 父	☐ 母	☐ その他（ ）	
住所	〒			
電話番号				

4. クリニック確認欄（施術前に記入）

電話確認日時	西暦	年	月	日	時	分
親権者本人確認	☐ 氏名 ☐ 続柄 ☐ 患者の生年月日を口頭で確認					
説明・回答	説明医師：		親権者の回答： ☐ 同意 ☐ 不同意			
電話確認者	担当者：		備考：			