

未成年者の健康診断に対する 同意書

中野セントラルパーククリニック院長 殿

私は下記の受診者が未成年であるため、親権者として受診者の意思を踏まえ、法的代理人として貴院において受診者が健康診断を受けることに同意します。私は採血の合併症として止血困難・皮下血種、アレルギー、神経損傷(採血後に生じる手指へ拡がる痛み、しびれなど。約1万～10万回の採血に1回の頻度。損傷は軽度で症状は軽く一時的な場合がほとんど)、血管迷走反射(めまい、気分不快感、意識消失など。0.01%～1%の頻度)等があることを理解し、合併症が発生した場合は保険診療にて治療を行うことに同意します。

平成 年 月 日

受診者氏名： _____

住所： _____

電話番号： _____

親権者氏名： _____ 続柄() _____

住所： _____

電話番号： _____