

## 医療的処置等実施承諾書

お名前 \_\_\_\_\_ (診察券 \_\_\_\_\_) が、ときえだ小児科  
クリニック 病児保育室 わかば 利用中に 病状の変化を生じ、  
医師の診察により検査や処置が必要であると判断された場合、医師  
からそれら医療的行為の説明を受けたのちに、それを行われること  
に同意します。

なお、緊急の対応が必要な場合のみ事後承諾を了承します。

令和 年 月 日

ご住所〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご連絡先； \_\_\_\_\_

保護者ご署名； \_\_\_\_\_