

* 未成年者の方で幹細胞治療をご希望される方は、親権者の承諾が必要になります。

当院では、未成年の方が診察・治療を受けられる際、親権者・保護者様の方のご同伴をお願いしております。親権者・保護者様のご同伴がない場合は診察・処置が受けられないことがございますので予めご了承ください。

また別紙「提供する再生医療等のご説明：変形性関節症など運動器変性疾患およびスポーツ傷害に対する自己脂肪組織由来幹細胞治療」の説明をよくお読みいただき同意・承諾いただいた場合は下記同意書にご記入ください。

※未成年者とは18歳未満の方です。（ただし本治療の対象者は16歳以上に限ります。）

未成年者の方の治療に関する親権者同意書

グランソール奈良
院長 辻村 貴弘 殿

* 説明を受け理解した項目の□の中に、ご自分でチェック（レ印）をつけてください。

私は親権者として、下記の申込者が貴院において診察・治療を受けることに同意・承諾し、署名します。

貴院での診察・治療はすべて保険外診察（自費診療）であることにも同意・承諾します。

この度の診察等に関して、緊急又は医学的に必要な処置、検査が生じた場合は医師の指示に従います。

貴院で受ける診察、治療等に異議申し立ては致しません。

年 月 日

受診者 氏 名： _____

住 所： _____

親権者（保護者）氏 名： _____ 続柄 _____

住 所： _____

緊急連絡先： _____