

未成年矯正カウンセリング 同意書

矯正治療に関する初回カウンセリングを受けるにあたり、下記の内容に同意いたします。

【未成年者（患者）情報】

氏名：

生年月日： 年 月 日（歳）

住所：

電話番号：

【保護者による同意】

私は、上記の未成年者が歯列矯正に関するカウンセリングを受けることについて同意いたします。また、当日のカウンセリングには本人のみの来院を許可いたします。

※カウンセリング内容や今後の治療方針に関して、必要に応じて医院よりご連絡をいただく場合がございます。

【署名欄】

(保護者記入)

氏名（署名）：

続柄：

署名日： 年 月 日

(本人記入)

氏名（署名）：

署名日： 年 月 日

※この同意書は、初回カウンセリングの際にご持参ください。

※治療を開始する際には、別途詳細な説明と改めての同意が必要になります。

医療法人 真摯会