

依 頼 書

私は、下記の未成年者の法定代理人親権者ですが、本人が貴院において
歯科治療を受けるに際し、本来同行すべきところですが、差支えがありますので、
下記事項を誓約し、本書末尾に記名・捺印して提出します。

記

- 1 本人の愁訴に対し、原状の回復が必要な歯科医療行為（不可逆的な処置も含む）を施したり、検査等を実地することをお願い致します。
- 2 上記以外の歯科医療行為や検査を行う場合には、実施前、予め、末尾に記載した連絡先に御照会下さい。ただし、医療上必要があると判断されたにも関わらず、連絡先との連絡が不通であった場合には、次の通り、処理願います。
 - ◆あくまで通常の歯科医療行為に留める。
 - ◆未成年者たる患者の意思に反しない限り、歯科医師の判断に委ねる。
- 3 貴院における治療費は責任を持って支払います。

令和 年 月 日

患 者 氏 名 _____

親 権 者 氏 名 _____ 印

住 所 _____

新 権 者 連 絡 先 _____

電 話 番 号 _____

ひとみ小町歯科 御中