

診察・処方に関する同意書

医療法人社団リフィルパートナーズ
リフィルクリニック（レバクリ）宛

この度、私 _____ (保護者氏名) は、

_____ (未成年者氏名) の、 _____ (診療名) について、

処方される医薬品の用法・用量、副作用の内容、使用上の注意点、
および貴院の方針を十分に理解し、診察受診・処方実施に同意いたしました。

_____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____ 印

保護者住所 〒 _____

保護者連絡先 (電話番号) _____