

委任状(医療行為に関する代理受診・同意書) 日付:令和 年 月 日

1. 子どもの情報

- 氏名:()(フリガナ:)
- 生年月日:平成 年 月 日
- 住所:〒()-() ()

2. 法定代理人(親)の情報

- 氏名:()(フリガナ:)
- 続柄:父/母
- 住所:〒()-() ()
- 電話番号(携帯など確実に連絡がとれるもの):()

3. 代理人(受診同行者・同意者)の情報

- 氏名:()(フリガナ:)
- 住所:〒()-() ()
- 電話番号:: ()
- 法定代理人との関係(友人・親族など):

4. 委任事項:私は上記代理人に対し、以下の事項について委任します。

- 子どもの医療機関受診に関する手続き
- 診療・検査・投薬に関する説明の受領
- 上記に付随する軽微な医療行為に関する同意(ただし、重大な処置・入院など、別途改めて親権者の同意が必要となる場合を除く)

※万一、医療機関が重大な治療・処置の必要性を判断した場合は、法定代理人へ連絡を取り、改めて同意手続きを行います。

5. 委任の期間:上記日付当日の受診に限る

以上の内容に相違ありません。私は上記内容を理解し、委任事項の範囲内での対応を委任します。

法定代理人(親)署名:

(自署)_____(印)