

プラセンタ注射 保護者同意書

舟入おとなこども総合診療クリニック 殿

私（保護者）は、子どもがプラセンタ注射を受けるにあたり、その効果、安全性、およびリスク（献血が制限されること等）について説明を受け、十分に理解しました。その上で、自由診療としての実施に同意します。

また、本人が高校生以上の未成年者であり、当日一人で来院し受けることについても同意いたします。

万が一、処置後に体調不良や緊急事態が生じた際には、医師の判断に基づき最善の救急処置を実施することに同意します。

西暦 20 年 月 日

<保護者記入欄>

住所	
氏名（署名）	印
本人との続柄	
緊急連絡先	

<ご本人（接種・受診者）記入欄>

住所	
氏名（署名）	
生年月日	西暦 年 月 日