

## 診療に関する同意書

・希望診療科は、○でご希望の科を選択してください。

希望診療科： 産婦人科 ・ 精神科 ・ 両科併用

受診内容（簡易でも可）

<同意内容>

- 1, 産婦人科受診希望の方は、受診の内容によって内診・検査・お薬処方が必要になることがありますので事前の承諾をいただきます。尚、超音波検査を行う際は、内診又は、お腹から検査を行うこともできますので事前に患者様とご相談のうえ受診して下さい。
- 2, 精神科受診希望の方は、受診の内容によってお薬の処方が必要になることがありますので事前の承諾をいただきます。尚、お薬を処方された場合は、患者様の症状の把握・お薬の作用等をご理解いただくようお願い致します。
- 3, 両科（産婦人科・精神科）併用受診希望の方は、上記1, 2同様受診の内容によって、内診・検査・お薬処方が必要になることがありますので事前の承諾をいただきます。
- 4, 患者様の受診内容により、希望診療科と異なった検査やお薬処方を行うこともございますので、その際には理由を説明の上、処置させていただく旨をご了承下さい。

私は上記の内容に同意し、それを証するため署名押印します。

記入日：H      年      月      日

患者氏名：

同意者（保護者）：

印      続柄：

住所：

連絡先：

女性とこころのクリニック  
院長 安藤義将