

## 未成年者（18歳未満）健康診断同意書

医療法人福岡桜十字

理事長 今村 博孝 殿

私、\_\_\_\_\_（保護者）は、

\_\_\_\_\_（受診者）が、

医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院又は桜十字博多駅健診クリニック  
で健康診断を受診するにあたり、コース内容、料金、個人情報の取り扱い、  
下記注意事項を確認し、了承したうえで受診することに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名（自署）\_\_\_\_\_（続柄）\_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

緊急連絡先（電話番号）\_\_\_\_\_

\* 緊急時などにご連絡差し上げることがありますので連絡のつきやすい番号をご記入ください。

### 【注意事項】

- ・健康診断結果を指定書式に転記する場合等、コース料金以外に別途追加料金が発生する可能性がございます。
- ・安全にご受診いただけるよう細心の注意をはらっておりますが、採血によってまれに内出血、神経損傷、気分不良等の偶発症が発生することがございます。