

未成年者の検査お申込みについての代諾者の承諾について

弊院では、未成年の患者様が親権者のご同席なく検査を受けられる場合、下記の承諾書にて承諾をいただいております。

大変恐れ入りますが、検査時に同席が難しい場合、代諾者の欄にご記入をお願いします。

ご持参なき場合、検査は致しかねますのでご了承ください。

未成年者検査申込み承諾書

この検査の目的は、問診による診断をより確かな診断に近づけようとする事です。

この検査で得られた結果が今後の治療をより適切なものとする、ひとつの手がかりとして役立つと期待されています。（※この検査はあくまで診断を補助するものです。）

QEEG 検査は光トポグラフィー検査と同時に行うことで状態をより正確に把握することができます。

【検査料金】

QEEG 検査料金 11,510 円（税込み）

光トポグラフィー検査料金 6,490 円（税込み）

同意年月日：_____年____月____日

患者（本人）氏名：_____ 印

住所：_____

※代諾者 氏名：_____ 続柄（ ） 印

住所：_____

（※本人が未成年者の場合は法定代理人）

東京都港区港南 2-6-3 シントミビル 5F

医療法人社団翔友会

新宿ストレスクリニック 品川本院

Tel.0120-772-248



医師：_____ 渡邊 真也 _____