



他の医療機関での診療についての同意書

医療法人オーク会
理事長殿

今回私たち夫婦は、諸般の事情により他の医療機関での診察を希望します。

注射液の紛失、量の過不足、注射時の漏れなど不測の事態においてもすべて自己責任において対処いたします。

他の医療機関で診察を受けるにあたり、遠隔事務手数料¥80,000（税別）を周期毎に支払うことを承諾いたします。

結果的に他の医療機関で診察を受けない場合でも料金の返還について異議申し立ていたしません。

私たち夫婦は、以上の事柄を十分に理解しておりますので、他の医療機関での診察を希望いたします。

西暦 年 月 日

住所 〒

ID 氏名(妻) 印

氏名(夫) 印

オーク住吉産婦人科	TEL 06-4398-1000
オークなんばレディースクリニック	TEL 06-4396-7520
オーク梅田レディースクリニック	TEL 06-6348-1511
オーク銀座レディースクリニック	TEL 03-3567-0099

説明者 ()

本资料原本系日语，日语原本为有效正本。请将所有必须填写的事项填写在正本上。
本翻译仅为帮助理解正本内容参考使用，因对照翻译引发的问题，本院不负任何相关责任。

关于在其他医疗机构接受诊察的同意书

医疗法人 OAK 会
理事长先生

本次我们夫妇两人由于诸多实际情况希望在其他医疗机构接受诊察。

即使发生遗失注射液，注射时量过多或不足或者注射遗漏等意外时自己负全责承担后果并自行处理解决。

由于在其他医疗机构接受诊察，我们同意每个周期支付远程事务费¥80,000（不含税）。

对于结果没在其他医疗机构接受诊察时也不退回远程事务费这一点我们没有异议。

我们夫妇充分理解以上情况，希望在其他医疗机构接受诊察。

公历 年 月 日

地址 邮编

ID 姓名（妻） 印

姓名（夫） 印

OAK 住吉妇产科医院 TEL 06-4398-1000

OAK 难波女性诊所 TEL 06-4396-7520

OAK 梅田女性诊所 TEL 06-6348-1511

OAK 银座女性诊所 TEL 03-3567-0099

说明者签名（ ）