



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 ()

The original of this document is in Japanese, and it is the Japanese document that is effective. Please fill in all necessary information on the original.
As for the translation itself, it is for consideration, to assist you in your understanding. We cannot assume any responsibility for problems arising with reference to this translation.

Receiving Medical Attention at Other Medical Institution Consent Form

Oak Clinic Group

Director:

As a couple, due to certain circumstances, we request to receive medical attention at a different medical institution.

I will take full responsibility for loss of injection solution, excess and or deficiency in the amount, or any leakage at the time of injection.

I accept that to receive medical attention at other medical institutions that I will need to pay a distance handling fee ¥80,000 (Excludes tax) per cycle.

I will not ask for the return of money, even in the event that I do not go to the said other medical institution.

We understand the above conditions and therefore request to receive medical attention at a different medical institution.

Date: year / month / day

Address: Zip code _____

ID: _____ Wife's Name: _____ Initials (_____)

Husband's Name: _____ Initials (_____)

Oak Clinic, Sumiyoshi TEL 06-4398-1000

Oak Clinic, Namba TEL 06-4396-7520

Oak Clinic, Umeda TEL 06-6348-1511

Oak Clinic, Ginza TEL 03-3567-0099

Presenter (_____)