

保護者不在時の診察に関する同意書

はる内科小児科クリニック 院長殿

症状： _____

この度、上記の症状で、保護者不在のため子どものみで貴医院を受診することとなりました。

私、 _____（保護者/成人）は _____（受診者）が、はる内科小児科クリニックで診察・治療を受けることに対し、保護者、受診者ともに貴医院の診療方針を十分に理解しており、保護者了承の上で、受診いたします。

なお、この度の治療・投薬に関連して、緊急にあるいは医学的に必要な処置や変更が生じた場合、貴医院の指示通りに従います。

本日、受診者および保護者が貴医院に対して、上記の次第で治療を依頼したことに対して、不服を申し立てるようなことは致しません。

以上の通り、同意致します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

受診者

氏名 _____

住所 _____

保護者

氏名 _____

⑩

続柄 _____

住所 _____

電話番号 _____

—

—

緊急連絡先 _____

—

—

※保護者の方は、別紙の問診票に受診者様の症状をご記入くださいますようお願いいたします。

※この同意書に記載をいただいた場合でも、症状や医師の所見により保護者の同伴をお願いする場合があります。また、場合によっては診察をお断りさせていただく事もございます。

※症状に関するお電話での問い合わせは承っておりません。症状に関する質問等は、必ず保護者様同伴のうえ診療時間内に受診をお願いします。



はる内科小児科クリニック