

保護者不在時の診察に関する同意書

たけのここどもクリニック 院長 殿

症状：

この度、上記の症状で私（保護者）不在で貴院を受診することとなりました。

私（保護者）、受診者ともに貴院の治療方針を十分に理解しており、今回私（保護者）の了承の上で、子供のみ受診致します。

尚、この度の治療・投薬に関連して、緊急あるいは医学的に必要な処置や検査が生じた場合や診療の変更が生じた場合は、貴院の指示通りに従います。

本日、受診者及び私（保護者）が貴院に対して、上記の診療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。

西暦                      年                      月                      日

受診者氏名：

保護者氏名(自署)：

続柄（                      ）

住所：

緊急連絡先（携帯等）：