保護者不在時の診察に関する同意書

この度、下記受診者が、保護者不在で貴院を受診することになりました。

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（保護者）は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（受診者）が、

小岩駅前みみはなのどクリニックにて診察・検査・治療を受けることに対し、保護者・受診者ともに貴院の診療方針を十分に理解し、保護者了承の上で受診を致します。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が生じた場合、貴院の指示通りに従います。

令和　　年　　月　　日

受診者（お子様）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　続柄＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　―　　―　　緊急連絡先　　―　　―

※この同意書は、当院初診の方で、保護者不在時の高校生（それに準じる年齢の方）のお子様が単独で受診される際に必要なものです。

※子の同意書に記載を頂いた場合でも、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、場合によっては診療をお断りさせて頂くこともございます。

※受診内容のお電話での問い合わせは承っておりません。必ず改めて受診をして頂き、保護者同伴のうえ診療時間内に受診をお願い致します。お子様の単独受診後に保護者の方が直接来院されての問い合わせに関しても同様です。