

保護者不在時の診察に関する同意書

西立川おとなとこどものクリニック 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。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

印

住所

※保護者の方は、別紙の間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。